



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>



UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA
Facultat de Ciències de l'Educació
Departament de Pedagogia Sistemàtica i Social

La toma de decisiones como competencia enfermera para cuidar a pacientes crónicos con necesidades complejas

Tesis doctoral presentada por:

Mercè Prat Martínez

Dirigida por:

Dra. Pilar Pineda Herrero

Bellaterra, julio de 2021

«No se trata de humanizar a los otros, sino que yo he de ser y vivir humanamente para poder transmitir humanidad»

José Carlos Bermejo

«Solemos hablar de valores, de respeto, solemos hablar de ser ejemplos de bien y de ser solidarios: Ya no hablemos... Seamos»

Anaïs Peña Ruiz

«Toma decisiones desde el corazón y usa tu cabeza para hacer que funcionen»

Sir Girad

AGRADECIMIENTOS

Redactar este último apartado de mi tesis doctoral me conmueve y de verdad. Dar las gracias a quienes forman parte de mi tren de vida, es para mí lo más importante de este trabajo.

A mi directora de tesis, Pilar Pineda, por su sabiduría, su soporte incondicional, por creer en mí y poner fácil algo que siempre había pensado que sería muy difícil.

A mis compañeras de la Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat, y en especial a Montserrat Antonín y Pilar Flor, por sus facilidades, a Amor Aradilla y Montserrat Edo por sus revisiones y por enseñarme a pensar, y como no, a mis compañeros de despacho que tantas y tantas horas habéis compartido conmigo, gracias por vuestra paciencia.

A mis enfermeras y amigas incondicionales que allí donde voy me siguen sin pensar: Anna Pujol, Vanessa González y Silvia Bleda. Empecé con ellas este trabajo y con ellas lo he terminado. Gracias por vuestras sugerencias, revisiones, por nuestros momentos eternos analizando datos y por quererme tanto.

Gracias a Carmen Díaz y a José Manuel Yépez por abrirme la puerta de vuestros hospitales, Parc Tauli y Hospital el Vendrell. Gracias a todas las enfermeras que voluntariamente aceptasteis participar en la formación, vuestras reflexiones han hecho crecer nuestra profesión y lo más importante, mejorar la atención de nuestros crónicos.

Gracias a mis ingenieros de la Universidad Politécnica de Cataluña, Josep María Monguet y Alex Trejo, por transmitirme vuestra pasión por la innovación y las nuevas tecnologías. Quien me conoce sabe que la tecnología digital no es lo mío, pero cuando escuché, por primera vez, vuestro proyecto con el Health Consensus vi claro que nos íbamos a entender y así fue.

Gracias a mis enfermeros expertos en cronicidad, Albert Monterde, Mireia Gallés, Anna Pujol, Vanessa González, Silvia Peñuelas, Raquel Alonso, Judit Canudes, Silvia Bleda, Antonia Martínez, Alicia Gutiérrez y Juanjo Zamora por creer y participar en mi proyecto con tanto compromiso. Aún recuerdo lo que pensé mientras leía vuestros ejercicios previos a la realización del grupo nominal, increíbles vuestras aportaciones.

Gracias a mis compañeras de trabajo de la Residencia Les Orquidies y en especial a mi compañera Coloma por su soporte, en el tramo final de esta tesis y como no, a mis abuelos residentes que, sin entender el motivo de mis ojeras, allí han estado para cuidarme.

Gracias Rat, por saberme escuchar y por tu paciencia, gracias, Pere por tu gran apoyo en los inicios de esta tesis, gracias, Griselda por entender tantas veces “ara no puc”, gracias a mi suegra Loli por cuidarme y gracias a mis vecinos Toni i Àngels por respetar mi tiempo y estar a mi lado.

A mi amiga, Meritxell Sastre, gracias por tu sabiduría, compromiso y lealtad, por abrirme la puerta cuando te pedí ayuda y no cerrarla hasta el último día de la finalización de este trabajo. Gracias a ti, terminé este proyecto. ¡Mil gracias!

Gracias a mis padres, Joan y Paquita por su apoyo incondicional. Soy quien soy y como soy gracias ellos. Sus valores ahora son los míos, honestidad y sencillez. Gracias por darme la vida, gracias por entenderme, gracias por compartir conmigo mis momentos, gracias por ser como sois, ¡us estimo papa i mama!.

Y por último gracias a mi familia, a mis hijos Laura y Arnau, los mayores de la casa, que desde el primer día han sabido entender “la mama fa doctorat” y a quienes siento que les debo un perdón, por mis prisas, mis lamentaciones y por tener el sentimiento de haber perdido tiempo de estar con ellos, aunque nunca me lo han hecho sentir así. Gracias a mi pequeño Lucas que entró en mi vida con dos años, viéndome rodeada de papeles y quien a medianoche se levantaba para decirme “no treballis tant”.

Y gracias a ti mi vida, mi Eve, por quererme tanto, por enseñarme a vivir y sentir intensamente cada momento a tu lado. Tu lección de vida ha sido la mía. Gracias por tu ayuda, pasión, bondad y entrega. Sin ti, nada tendría sentido. Te amo.

INDICE

INDICE DE TABLAS.....	10
INDICE DE FIGURAS.....	14
INDICE DE SIGLAS.....	16
1. RESUMEN.....	17
ABSTRACT	19
2. INTRODUCCIÓN.....	21
JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	23
3. MARCO TEÓRICO	25
3.1 LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA	25
Las competencias de enfermería en el marco del EEES	25
Concepto de competencia profesional.	27
Dimensiones de las competencias profesionales.....	34
Competencias profesionales en el ámbito de la enfermería.....	36
Competencias legales de los profesionales de enfermería en su práctica	39
Elementos de las competencias.....	49
La toma de decisiones en enfermería como competencia profesional.....	55
3.2 TOMA DE DECISIONES EN ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO CON NECESIDADES COMPLEJAS.....	63
La toma de decisiones en salud.....	63
Conflicto decisonal y dilema ético en el ámbito de la salud.....	64
Modelos de la toma de decisiones en salud	69
Modelo de Toma de Decisiones compartido (TDC).....	72
Modelo de Planificación Anticipada de las Decisiones (PAD).....	75
Modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP).....	76
Práctica enfermera, bioética y toma de decisiones	81
Toma de decisiones en salud basada en la práctica reflexiva	82
La toma de decisiones en el contexto de paciente crónico.....	85
Epidemiología de las enfermedades crónicas	85
Cronicidad, dependencia, fragilidad, complejidad y multimorbilidad	86
Características del paciente crónico con necesidades complejas	90
Factores determinantes de complejidad en la toma de decisiones	94
Herramientas de ayuda para la toma de decisiones	97
3.3 LA FORMACIÓN CONTINUA EN EL DESARROLLO DE LAS COMPETENCIAS.....	109
La formación continua para el desarrollo de las competencias.....	111
Objetivos de la formación continua	114

Modalidades de la formación continua.....	116
Diseño de acciones formativas.....	118
Estrategias docentes para el desarrollo de las competencias	121
Modelos de evaluación de la formación continua	130
Transferencia de la formación.....	138
Sistemas de evaluación de la transferencia	139
4. METODOLOGÍA.....	145
4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	145
4.2 LOS MÉTODOS MIXTOS DE LA INVESTIGACIÓN	146
Modelos mixtos relacionados con las ciencias de la salud.....	148
Justificación del modelo y el diseño.....	149
4.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	155
4.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	157
4.5 FASES DE LA INVESTIGACIÓN.....	159
FASE 1:.....	160
FASE 2.....	181
FASE 3.....	205
4.6 CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	210
4.7 VARIABLES DE ESTUDIO	214
5. ASPECTOS ÉTICOS	221
6. RESULTADOS.....	223
7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	281
8. CONSIDERACIÓN FINAL.....	315
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	317
10. ANEXOS.....	347
ANEXOS COMPLEMENTARIOS (MEMORIA EXTERNA).....	373

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1.</i> Variables empresariales y pedagógicas que configuran diferentes definiciones del concepto de competencia.....	32
<i>Tabla 2.</i> Competencias que los estudiantes deben adquirir al finalizar sus estudios de Grado de Enfermería. Ministerio de Ciencia e Innovación.....	43
<i>Tabla 3.</i> Competencias de los enfermeros responsables de Cuidados Generales según la Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo.....	44
<i>Tabla 4.</i> Competencias genéricas transversales establecidas por el Proyecto Tuning Enfermería.....	45
<i>Tabla 5.</i> Grupos de Competencias específicas.....	46
<i>Tabla 6.</i> Grado de importancia de mayor a menor de las competencias de los nuevos enfermeros según sus responsables.....	48
<i>Tabla 7.</i> Bloques de competencias ordenadas de mayor a menor relación con la formación que precisan para ser desarrolladas.....	49
<i>Tabla 8.</i> Relación entre Funciones del Profesional de Enfermería y Unidades de Competencia.....	53
<i>Tabla 9.</i> Partes integrantes de los resultados de aprendizaje.....	56
<i>Tabla 10.</i> Competencias genéricas ordenadas de mayor a menor grado de importancia en la práctica asistencial de un profesional de enfermería según la opinión de docentes universitarios, enfermeros/as asistenciales y directores/as de enfermería.....	58
<i>Tabla 11.</i> Competencias específicas asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas.....	60
<i>Tabla 12.</i> Competencias específicas asociadas al conocimiento y competencias cognitivas.....	60
<i>Tabla 13.</i> Premisas básicas de los Modelos de Toma de Decisiones en Salud.....	73
<i>Tabla 14.</i> Diferencias principales entre PDA y DVA.....	103
<i>Tabla 15.</i> Estrategias de transferencia a tener en cuenta antes, durante y después de la formación.....	122
<i>Tabla 16.</i> Estructura básica del concepto de evaluación.....	128
<i>Tabla 17.</i> Dimensiones básicas de la Evaluación.....	129
<i>Tabla 18.</i> Modalidades de la evaluación según el objetivo de la evaluación y sus indicadores.....	130
<i>Tabla 19.</i> Elementos básicos que configuran los modelos de evaluación de la formación. Elaboración propia.....	138
<i>Tabla 20.</i> Modelos de evaluación indirecta de la transferencia de la formación continua y variables determinantes.....	143
<i>Tabla 21.</i> Definición de los expertos en geriatría y cronicidad.....	167
<i>Tabla 22.</i> Competencias específicas asociadas con la práctica enfermera.....	168
<i>Tabla 23.</i> Descripción de los participantes del grupo nominal.....	175
<i>Tabla 24.</i> Plantilla de apoyo para la reflexión grupal.....	178
<i>Tabla 25.</i> Calendarización de la formación en Consorci Sanitari Parc Taulí.....	190
<i>Tabla 26.</i> Objetivos del estudio según fase.....	194
<i>Tabla 27.</i> Equivalencia de los valores de las variables del EIMAC/ARCHO.....	200
<i>Tabla 28.</i> Ítems de las dimensiones 3,4 y 5 del instrumento IEMAC/ARCHO	201
<i>Tabla 29.</i> Decisiones más prevalentes en enfermerías sometidas a consenso mediante el <i>Health Consensus</i>	204

<i>Tabla 30.</i> Propuestas de mejora en el contexto atención a pacientes crónicos con necesidades complejas sometidas a consenso mediante el Health Consensus.....	206
<i>Tabla 31.</i> Elementos metodológicos de la investigación.....	211
<i>Tabla 32.</i> Área de referencia y datos estructurales del CSPT	214
<i>Tabla 33.</i> Área de referencia y datos estructurales del Hospital del Vendrell.....	215
<i>Tabla 34.</i> Matriz de codificación: categorías (Las 4C) y subcategorías resultantes del análisis de las 15 definiciones que los expertos redactaron a partir de la nube de palabras.....	227
<i>Tabla 35.</i> Resultados de aprendizaje finales y su asignación a las dimensiones de la competencia.....	228
<i>Tabla 36.</i> Matriz de codificación: categorías y subcategorías resultantes del análisis de los resultados de aprendizaje que los expertos redactaron antes del grupo nominal.....	231
<i>Tabla 37.</i> Consenso de los resultados de aprendizaje de la competencia 7.....	233
<i>Tabla 38.</i> Características sociodemográficas de la muestra CSPT y Hospital del Vendrell.....	235
<i>Tabla 39.</i> Estadísticos descriptivos de los ítems del cuestionario IEMAC/ARCHO en CSPT y hospital El Vendrell.....	237
<i>Tabla 40.</i> Matriz de codificación resultante del análisis de las decisiones que más toman los profesionales de enfermería en el cuidado de pacientes crónicos con necesidades complejas.....	242
<i>Tabla 41.</i> Estadísticos descriptivos de las decisiones sometidas a consenso mediante HC en CSPT.....	244
<i>Tabla 42.</i> Puntuaciones medias, significación de hombres y mujeres en los ítems sometidos a consenso en la muestra del CSPT.....	246
<i>Tabla 43.</i> Resultados valores de las decisiones sometidas a consenso según turno en CSPT.....	247
<i>Tabla 44.</i> Resultados valores de las decisiones sometidas a consenso según servicio en CSPT.....	248
<i>Tabla 45.</i> Resultados valores de las decisiones sometidas a consenso según experiencia en CSPT.....	248
<i>Tabla 46.</i> Estadísticos descriptivos del cuestionario Decision Making Questionnaire II (DMQ-II).....	250
<i>Tabla 47.</i> Matriz de codificación resultante del análisis de las decisiones que más toman los profesionales de enfermería en el cuidado de pacientes crónicos con necesidades complejas.....	251
<i>Tabla 48.</i> Estadísticos descriptivos de las propuestas de mejora sometidas a consenso mediante HC en CSPT.....	253
<i>Tabla 49.</i> Puntuaciones medias, significación de hombres y mujeres en las propuestas de mejora sometidas a consenso mediante el Health Consensus en la muestra del CSPT.....	255
<i>Tabla 50.</i> Puntuaciones medias y significación de las propuestas de mejora sometidas a consenso mediante el Health Consensus en la muestra del CSPT según el turno de trabajo.....	256
<i>Tabla 51.</i> Puntuaciones medias y significación de las propuestas de mejora sometidas a consenso mediante el Health Consensus en la muestra del CSPT según la unidad de trabajo.....	257

<i>Tabla 52.</i> Puntuaciones medias y significación de las propuestas de mejora sometidas a consenso mediante el Health Consensus en la muestra del CSPT según los años de experiencia laboral.....	257
<i>Tabla 53.</i> Descriptivos (media y DE) de las dimensiones del cuestionario IEMACH-ARCHO previa a la reflexión grupal en CSPT (N=30).....	258
<i>Tabla 54.</i> Descriptivos (media y DE) de las dimensiones del cuestionario IEMACH-ARCHO posterior a la reflexión grupal en CSPT (N=30).....	259
<i>Tabla 55.</i> Comparación de las medias de la herramienta Health Consensus pre y post reflexión en CSPT (N=30).....	259
<i>Tabla 56.</i> Descriptivos (media y DE) de las dimensiones del cuestionario IEMACH-ARCHO previa a la reflexión grupal en Hospital de Vendrell (N=20).....	260
<i>Tabla 57.</i> Descriptivos (media y DE) de las dimensiones del cuestionario IEMACH-ARCHO posterior a la reflexión grupal en Hospital de Vendrell (N=20).....	260
<i>Tabla 58.</i> Comparación de las medias de la herramienta Health Consensus pre y post reflexión grupal en Vendrell (N=20).....	261
<i>Tabla 59.</i> Comparación de las medias de la herramienta Health Consensus pre y post reflexión en CSPT y Vendrell (N=50).....	261
<i>Tabla 60.</i> Matriz de codificación de los aprendizajes adquiridos en cada sesión considerados por los participantes transferibles al puesto de trabajo.....	262
<i>Tabla 61.</i> Matriz de codificación en relación con los elementos que según las enfermeras que participaron de la acción formativa pueden dificultar o facilitar la transferencia de los aprendizajes. Relación de categorías, subcategorías y citas textuales.....	267
<i>Tabla 62.</i> Resultados descriptivos de la evaluación del grado aplicación de los aprendizajes por parte de las gestoras CSPT.....	270
<i>Tabla 63.</i> Relación de categorías, subcategorías y citas textuales en relación con los cambios que las gestoras han observado en sus enfermeras después de hacer la formación.....	272
<i>Tabla 64.</i> Propuestas de mejora que los participantes de la acción formativa plantearon implementar en su unidad de trabajo y su opinión de si las implementaron o no juntamente con la opinión de sus gestoras responsables.....	273
<i>Tabla 65.</i> Resultados descriptivos de la implementación de las propuestas de mejora por parte de las gestoras CSPT.....	275
<i>Tabla 66.</i> Resultados descriptivos de la evaluación del grado de implementación de las propuestas de mejora por parte de los profesionales CSPT.....	275
<i>Tabla 67.</i> Resultados descriptivos de los factores que según las enfermeras del CSPT y sus gestoras han facilitado la implementación de las propuestas.	276
<i>Tabla 68.</i> Resultados descriptivos de los factores que según las gestoras y enfermeras del CSPT han dificultado la implementación de las propuestas.....	277
<i>Tabla 69.</i> Propuestas de mejora que las enfermeras implementaron en los diferentes servicios y su relación con la implementación y reevaluación de escalas de valoración.....	279
<i>Tabla 70.</i> Resultados descriptivos del Cuestionario de Satisfacción de los participantes CSPT. Plan institucional de formación.....	281
<i>Tabla 71.</i> Cuestionario para la evaluación de la calidad de las acciones formativas en el marco del sistema de formación para el empleo. Formación de demanda (Orden TAS 2307/200/, de 27 de julio.....	282

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. De la capacidad a la competencia.	36
Figura 2. Competencias profesionales en función del puesto de trabajo y de la interacción entre personas y el entorno	38
Figura 3. Enfoque multidimensional de la Competencia de Enfermería.....	40
Figura 4. Estructura de las competencias profesionales	57
Figura 5. Relación entre toma de decisiones, conflicto decisional y dilema ético.....	69
Figura 6. Modelos dinámicos de decisiones.....	72
Figura 7. Pasos para seguir en un proceso de toma de decisiones compartidas.....	76
Figura 8. Cambio de paradigma en atención a la cronicidad y personas mayores.....	80
Figura 9. Relación entre pensamiento crítico, deliberación y práctica reflexiva.	86
Figura 10. Dimensiones de la Complejidad.	91
Figura 11. Distribución poblacional (%) en relación con el grado o riesgo de complejidad de las personas con problemas de salud crónicos.	92
Figura 12. Marco de Competencias del CIE para la enfermera generalista	115
Figura 13. Componentes del pensamiento crítico	126
Figura 14. Diseño anidado concurrente en diferentes niveles.....	155
Figura 15. Fases de la investigación.....	161
Figura 16. Título del módulo para describir el concepto de paciente crónico con necesidades complejas.....	166
Figura 17. Nube de palabras generada del análisis de las 83 definiciones sobre el concepto de paciente crónico con necesidades complejas.....	226
Figura 18. Palabras clave de la competencia 7.....	230
Figura 19. Mapa conceptual entre las categorías y subcategorías resultantes del análisis de los resultados de aprendizaje.....	232
Figura 20. Estadísticos descriptivos (media) de la dimensión 3 del cuestionario IEMAC/ARCHO en CSPT i El Vendrell.....	240
Figura 21. Estadísticos descriptivos (media) de la dimensión 4 del cuestionario IEMAC/ARCHO en CSPT i El Vendrell.....	240
Figura 21. Estadísticos descriptivos (media) de la dimensión 5 del cuestionario IEMAC/ARCHO en CSPT i El Vendrell.....	241

INDICE DE SIGLAS

- AQU: Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya
- EEES: Espacio Europeo de Educación Superior
- ANECA: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación
- TIC: Tecnologías de la Información y Comunicación
- PAE: Proceso de Atención de Enfermería
- UC: Unidades de Competencia
- TDC: Toma de Decisiones Compartida
- PAD: Planificación Anticipada de las Decisiones
- ACP: Atención Centrada en la Persona
- CIE: Consejo Internacional de Enfermeras
- PCC: Paciente con Cronicidad Compleja
- MACA: Personas con Necesidades Paliativas o Cronicidad Avanzada
- HATD: Herramientas de Ayuda para la Toma de Decisiones
- DVA: Documento de Voluntades Anticipadas
- IF: Índice de Fragilidad
- VGI: Valoración Geriátrica Integral
- CdC: Conferencia de Caso
- FC: Formación Continua
- AE: Aprendizaje Experiencial
- DACUM: Developing a Curriculum
- DMQ-II: Decision Making Questionnaire II
- CSPT: Corporación Sanitaria Parc Taulí
- ATDOM: Atención Domiciliaria
- EAIA: Equipo Evaluador Integral Ambulatorio
- PADES: Programa de Atención Domiciliaria y Equipo de Soporte
- EGC: Enfermera Gestora de Casos
- HC: Health Consensus
- AP: Atención Primaria
- AH: Atención Hospitalaria
- LET: Limitación del Esfuerzo Terapéutico
- AET: Adecuación del Esfuerzo Terapéutico

1. RESUMEN

Las enfermeras necesitan adaptarse a un contexto profesional dinámico y tener habilidades para tomar decisiones. Esas habilidades son más difíciles de adquirir cuando se cuida de pacientes con enfermedades crónicas. Entre las principales competencias que deben desarrollar las enfermeras, la toma de decisiones es una de las más complejas. Esto puede deberse a que la capacidad de tomar decisiones es un concepto amplio y difícil de transferir en la práctica asistencial con esos pacientes. Los resultados de aprendizaje de esta competencia no están definidos ni enmarcados en este contexto laboral.

Esta investigación responde a tres objetivos: (i) definir y consensuar los resultados de aprendizaje de las competencias asociadas a la práctica de la enfermería en la toma de decisiones para el cuidado de pacientes crónicos con necesidades complejas, (ii) desarrollar estas competencias a través de una formación basada en la práctica reflexiva y el pensamiento crítico y (iii) evaluar la eficacia de dicha formación. El propósito de esta investigación es promover la reflexión de los enfermeros para comprender el fenómeno de la toma de decisiones. Se trata de una investigación de metodología mixta que involucra métodos cualitativos y cuantitativos para que los métodos se complementen. Se realizó un estudio exploratorio cualitativo utilizando un grupo nominal con expertos en cronicidad y gerontología para alcanzar el primer objetivo. Por otro lado, se realizó un diseño integrado multinivel concurrente para lograr el segundo y tercer objetivo. De esta forma, fue posible abordar la complejidad del concepto de toma de decisiones de enfermería en pacientes crónicos con necesidades complejas.

Los resultados mostraron la necesidad de definir los resultados del aprendizaje para aclarar las competencias relacionadas con la toma de decisiones. Se obtuvieron 139 resultados de las 6 competencias propuestas. Todos los resultados se asociaron a las dimensiones de competencias previamente identificadas. Los resultados se asociaron

fácilmente a las dimensiones de conocimientos y habilidades. La dimensión de la actitud fue más difícil de asociar por la falta de objetividad de esta dimensión. Al mismo tiempo, se acordó el grado de implementación de los 35 ítems del instrumento IEMACH / ARCHO como modelo de gestión de los dos hospitales del estudio. También se acordó 25 de las decisiones más tomadas por las enfermeras, así como la implementación de 20 de las propuestas de mejora más consensuadas. El Health Consensus fue una de las estrategias docentes utilizadas durante la formación y aportó eficacia y valor pedagógico porque potenció la reflexión y el pensamiento crítico. En relación con la transferencia de los aprendizajes y la implementación de las propuestas de mejora destacar como elementos que las facilitan el soporte de sus responsables, sentirse valorado, alto grado de implicación, seguridad, motivación y recibir feedback de los aprendizajes y propuestas instauradas. Se implementaron 22 propuestas de mejora en diferentes servicios. Los participantes destacaron su utilidad y relevancia, aunque cuestionaron su permanencia en el tiempo.

La conclusión, los resultados obtenidos en esta investigación, responden a las preguntas de investigación y permiten alcanzar los objetivos planteados para avanzar en el tema de estudio. Sería interesante profundizar en la investigación para determinar si la formación basada en la práctica reflexiva permite desarrollar otras competencias transversales en la práctica diaria de la enfermería.

Palabras clave: competencia profesional, enfermería, toma de decisiones, pacientes crónicos, práctica reflexiva, transferencia de formación, formación continua, evaluación de la formación.

ABSTRACT

Nurses need to adapt to their dynamic professional context and to have make-decisions skills. Those skills are more difficult to meet when caring for complex patients with chronic diseases. Among the main skills to be developed during the bachelor, decision-making is one of the most complex. This may be because decision-making skills is a broad concept hard to be transferred with those patients. Its learning outcomes are not previously defined or framed in the work context.

This research responds to three aims: (i) to define and agree on the learning outcomes of the competencies associated with nursing practice in decision-making for the care of chronic patients with complex needs. (ii) To develop these competences through training based on reflective practice and critical thinking and (iii) evaluate the effectiveness of that training. The purpose of this investigation is to promote the reflection of nurses to understand the phenomenon of decision-making. This is a mixed research involving qualitative and quantitative methods so that the methods are complemented. A qualitative exploratory study was carried out using nominal group with experts in chronicity and gerontology to attain the first objective. A concurrent multi-level embedded design was performed to attain the second and third objectives. In this way, was possible to address the complexity of the concept of nursing decision-making in chronic patients with complex needs.

The results showed the need to define learning outcomes to clarify competences related to decision making. 139 results were obtained from the 6 proposed competencies. All the results were associated with the identified competences dimensions. Results were easily associated to knowledge and skills dimensions. Attitude was more difficult to associate by the lack of objectivity of this dimension. At the same time, the degree of implementation of the 35 items of the IEMACH / ARCHO instrument as a management model of the two study hospitals was agreed in the training sessions. It also was agreed 25 of the most maked-decisions nurses must take. 20 purposes were agreed to be implemented in their units. The Health Consensus teaching strategy proved its effectiveness and its pedagogical value because it enhances reflection and critical thinking. Regarding, feeling valued, the high degree of involvement, security,

motivation and receiving feedback are some of the main elements that facilitates transferring learning and purposed improvements to professional workplaces. 22 improvement proposals were implemented in different services. The participants highlighted its usefulness and relevance, although they questioned its permanence through time.

As a conclusion, results obtained in this study answered the research questions and allow to achieve the objectives set to advance in the subject of study. It would be interesting to further research to determine if the training based on reflexive practice allow develop others transversal competences in nursing daily practice.

Key words: professional competence, nursing, decision-making, chronic patients, reflective practice, training transfer, continuous training, training evaluation.

2. INTRODUCCIÓN

Como bien sabemos todas las sociedades están afrontando el envejecimiento como un reto de salud pública sobre todo para hacer frente a las necesidades crecientes de la población en términos de salud y de dependencia. Una amplia mayoría de esta población morirá después de haber convivido durante años con condiciones de fragilidad y multimorbilidad (McPhail, 2016). Durante los últimos años, a nivel mundial se están produciendo importantes cambios sociodemográficos. Actualmente el 19% de la población catalana tiene más de 65 años y se prevé que aumente a más de 33%, con un 12-15% de la población con más de 80 años, en 2050 (Institut d'Estadística de Catalunya, 2021). Una de las consecuencias inmediatas de este efecto es el aumento de pacientes con múltiples enfermedades crónicas que representan más del 50% de la población total (Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, 2019). Además, aproximadamente el 5% de esta población presenta necesidades complejas de salud relacionadas con cargas relevantes de morbilidad (Pla de Salut de Catalunya 2016-2020.).

La respuesta a este tipo de enfermos requiere una reorientación del modelo tradicional de atención curativa, caracterizado por contactos episódicos centrados en procesos agudos o descompensaciones, hacia una atención sanitaria que tenga siempre al paciente cerca, concediendo más importancia al “cuidar que al curar” (Castañeda-Hernández, 2019,p.2). En dicha prestación y coordinación de cuidados el liderazgo de enfermería es algo incuestionable. Por ello resulta evidente, y cada vez más, la necesidad de dotar a las enfermeras de mayor responsabilidad, aumentando, desarrollando y evaluando sus competencias en su práctica asistencial (Chi, Wolff, Greer, y Dy, 2017; Kangovi et al., 2017; Wieringa et al., 2017). La competencia profesional es un concepto que implica acción en un contexto y movilización del conocimiento; y una de las herramientas esenciales para desarrollarla, considerada

parte integrante del proceso de desarrollo de las competencias profesionales, es la formación continua (Ferreira, Nunes, Ferreira, y Nunes, 2019).

Hoy en día, la sociedad está inmersa en una situación compleja a la vez que cambiante, lo que requiere la continua actualización y formación de los profesionales. En el contexto socioeconómico actual, caracterizado por la globalización, la creciente competencia y el rápido desarrollo tecnológico, es necesario tener una visión distinta del concepto de formación, no solo por parte de los destinatarios entendidos como los trabajadores de una empresa, sino por las propias empresas que los organizan y diseñan, las administraciones públicas y, en definitiva, todos los agentes involucrados (Aznar-Díaz, Rey de la Cruz y Romero-Rodríguez, 2018). La formación continua es el motor de propulsión de la sociedad en la que vivimos ya que se necesitan personas reflexivas, críticas, resolutivas y altamente motivadas en el contexto cambiante en el que nos encontramos, capacitadas, competitivas y actualizadas para superar los desafíos y retos de la sociedad actual (Salinero y Simoes, 2007).

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La evidencia científica relacionada con los pacientes crónicos es extensa y en la mayoría de los artículos se pueden encontrar reflexiones especialmente ligadas al aumento de sus indicadores sanitarios. La gran mayoría de estas publicaciones plantean la necesidad de adecuar los servicios sanitarios actuales a la nueva realidad, sin embargo, son una minoría las publicaciones en las que se habla de la necesidad de incorporar profesionales con competencias clínicas, relacionales y prácticas de valor con un enfoque holístico teniendo en cuenta la situación social, los valores de la persona y su contexto familiar (Alonso et al., 2019; Bullich-Marín, Garreta-Burriel, y Solé-Casals, 2016; Gómez-Rojas, 2015; Gutiérrez-Rodríguez et al., 2019; Juvé et al., 2007)

Las competencias enfermeras asociadas a la toma de decisiones están definidas en el plan de estudios del grado, sin embargo, son poco concretas en el contexto de atención al paciente crónico con necesidades complejas, ya que sus resultados de aprendizaje no están definidos ni contextualizados para el cuidado de este tipo de pacientes. Además, es indispensable tener en cuenta que, antes de definir los resultados

de aprendizaje, éstos se deben asociar a un perfil profesional (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación [ANECA], 2005), a un perfil de paciente y al contexto en el que se ejecutan dichos resultados (Oliveros y Arés, 2006). Es imprescindible profundizar en el significado y el contenido de cada uno de sus resultados de aprendizaje para aportar luz al debate sobre la necesidad de revisar y actualizar periódicamente, no sólo el contenido de las competencias (Martinez y Echeverría, 2009) sino su adquisición y su transferencia (Quesada-Pallarés, 2014) en los diferentes ámbitos de trabajo en los que se atienden a pacientes crónicos con necesidades complejas.

Estos pacientes tienen alta probabilidad de sufrir descompensaciones durante la evolución natural de sus patologías crónicas, con presencia de múltiple sintomatología difícil de controlar en ocasiones (Albertí, Miguélez, Moragues, y Serratusell, 2017; Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2020; Lapeña Moñux et al., 2017). La toma de decisiones frente a estos problemas provoca a menudo conflicto decisional (Urrutia, Campos y O'Connor, 2008) tanto a los pacientes como a los profesionales de la salud que se podrían minimizar definiendo las características definitorias de los resultados de aprendizaje asociados a las competencias relacionadas con la toma de decisiones y apostando por su desarrollo mediante la formación continua de los profesionales de enfermería para permitir su utilización e integración en la práctica asistencial (Cuadra-Martínez et al., 2018).

La formación continua se considera un proceso de cambio de conducta cuando los cambios se transfieren a la práctica y permiten desarrollar competencias que mejoren la calidad y permitan conseguir la excelencia (Marta, Feijoo-Cid, Novel-Martí, y Leyva-Moral, 2017). Las competencias existen cuando los trabajadores transfieren, de manera efectiva y a su debido tiempo, los aprendizajes adquiridos mediante las actividades formativas a su puesto de trabajo (Chaves, Menezes Brito, Cozer Montenegro, y Alves, 2010), entendiendo como transferencia de la formación “la aplicación de los conocimientos, habilidades y actitudes aprendidas durante la formación al puesto de trabajo y el consecuente mantenimiento de éstas en un cierto período de tiempo” (Baldwin y Ford, 1988, p.63). Este proceso es necesario e indispensable para que la formación sea de utilidad, lo que explica por qué la transferencia se ha convertido en un objeto de estudio en sí mismo, despertando mucho

interés en las últimas décadas por parte de la comunidad científica y los departamentos de formación de las empresas (Quesada-Pallarés, 2014). Las empresas están preocupadas por conocer en qué medida lo que se aprende en la formación continua se transfiere al lugar de trabajo y, por tanto, en qué porcentaje la institución rentabiliza lo invertido en la formación. En la investigación de Hutchins y Burke (2007) se afirma que inmediatamente después de la formación, los participantes sólo utilizan el 40% de lo aprendido; este porcentaje disminuye hasta el 25% a los seis meses posteriores a la formación y, hasta el 15% durante el siguiente año. De estos datos se concluye que tan sólo entre el 10 y el 30% de lo aprendido en la formación es transferido al lugar de trabajo; por lo tanto, entre el 70 y el 90% de lo invertido en formación, se pierde.

La formación que se presenta en esta investigación apuesta por la reflexión acerca de la práctica asistencial y de los retos del día a día de las enfermeras que están al cuidado de estos pacientes. Mediante la reflexión se pretende potenciar el consenso, la integración, el desarrollo y la evaluación de las competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones en pacientes crónicos con necesidades complejas, con el objetivo de garantizar una transferencia de los aprendizajes que permita una atención de calidad adecuada a las necesidades de estos pacientes.

En este estudio, el contexto en el que se toman las decisiones es en el de pacientes con necesidades de atención complejas (PCC) y pacientes con necesidades paliativas o cronicidad avanzada (MACA). Esta cronicidad, aunque se asocia mayoritariamente al anciano frágil, siendo la edad uno de sus factores condicionantes, también la pueden sufrir personas más jóvenes. En este estudio el concepto de cronicidad y envejecimiento toman el protagonismo y aunque somos conscientes que la cronicidad no tiene edad, en esta investigación el contexto de esta cronicidad es en pacientes ancianos con comorbilidad.

3. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

3.1 LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA

“Las experiencias obtenidas de la acción y del enfrentamiento a problemas, aportan competencias que la mejor enseñanza jamás será capaz de proporcionar”

(Lévy-Leboyer, 1997, p.27)

Las competencias de enfermería en el marco del Espacio Europeo de Educación Superior.

Europa, desde los años 90, inmersa en la Era del Conocimiento, toma conciencia de la importancia que tiene, para su desarrollo cultural, social y económico, incrementar la competitividad de todos sus ciudadanos a través de una mejora de los sistemas de enseñanza superior (Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya, [AQU] 2019; Gutiérrez y De-Pablos, 2010).

La Declaración de la Sorbona de 1998 y la Declaración de Bolonia de 1999 suscritas por los ministros europeos de educación, marcaron el inicio del denominado Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) (Alexander y Runciman, 2003). Una de las exigencias de esta reforma pretendía adecuar la formación universitaria a las exigencias del mundo laboral. Ramos-Serpa, López-Falcón y Fonseca-Díaz (2018) afirman que la universidad ha vivido tradicionalmente, un tanto al margen de la sociedad que le rodea, lo que ha implicado que la educación universitaria desconozca las demandas del mundo laboral. Como bien explican, la sociedad actual reclama de profesionales preparados para enfrentarse a nuevos retos que se exigen en el ámbito profesional.

En el caso del colectivo de enfermería¹ no solo se precisan profesionales con conocimientos y habilidades especializados en el ámbito de la salud que además han de

1 Para facilitar la lectura, se evita el uso continuado del duplicado de género (enfermero/enfermera, gestor/gestora etc....). Así, cada vez que se hace referencia a colectivo de enfermería, enfermera, gestora, etc. se entiende que se hace referencia a los dos géneros, sin que esto implique ningún tipo de consideración discriminatoria o de valoración peyorativa.

ir actualizándose de forma permanente porque es un contexto cambiante; sino que, además, se exigen profesionales creativos, comunicativos, con espíritu investigador, críticos, con alta responsabilidad ética y social y sobre todo con dominio de otras competencias como son la capacidad de aprender por sí mismos, de trabajar en equipo y de tomar decisiones. Estas necesidades que plantea la sociedad requieren de un método de enseñanza y aprendizaje más centrado en el estudiante, que incluya vías de aprendizaje más flexibles y un reconocimiento de las competencias obtenidas fuera de los planes de estudio oficiales (European Higher Education Area, 2015).

En este contexto, las competencias son las protagonistas de la nueva configuración de este currículo con el objetivo de conseguir hacer viable en el estudiante la profesionalización, capacitación y cualificación, de forma que se desarrollen como profesionales competentes y autónomos, capaces de actuar en la sociedad emergente en la que vivimos (Ramos-Serpa et al., 2018).

La inmersión de la universidad española en este proceso de adaptación al EEES ha provocado y está provocando cambios tanto en la estructura como en el funcionamiento de las enseñanzas universitarias (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, 2005). Al inicio de este milenio ya se preveía que converger los estudios de Enfermería de las Universidades Españolas a los parámetros que marcaba el EEES y que definían las declaraciones de Sorbona (1998), Bolonia (1999), las reuniones de Salamanca (2001) y Barcelona (2002) y los comunicados de Praga (2001) y Berlín (2003) no sería fácil sobre todo teniendo en cuenta que una de las principales tendencias en la reforma de los sistemas educativos es la evolución hacia marcos de educación basado en habilidades y competencias, hecho que conlleva cambios importantes en la modalidad de la enseñanza-aprendizaje (Csoban-Mirka y Yáber-Oltra, 2018).

Tal como marcan los Criterios y Directrices para el Aseguramiento de la Calidad en el EEES, aprobados en la conferencia de ministros celebrada en Ereván en mayo de 2015, se plantea un modelo para la formación basado en la enseñanza por competencias centrada en el estudiante (European Higher Education Area, 2015). En el contexto de la formación del profesional de enfermería, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) subraya que dichos profesionales deben mantener sus competencias profesionales a lo

largo de toda la vida e insisten en la responsabilidad de promover el crecimiento y desarrollo profesional para que las enfermeras sigan siendo competentes en el contexto de una necesidades del paciente rápidamente cambiantes, del avance tecnológico y de la reforma de los sistemas (Consejo Internacional de Enfermeras, 2012).

En el contexto más actual, en la última versión de la “Guía para la acreditación de las titulaciones oficiales de grado y máster”, la Agencia de Calidad de Catalunya (AQU) ya incide en la necesidad de establecer un cambio profundo que pase de un modelo de enseñanza centrado en el profesorado a un modelo de formación centrado en el trabajo y en el aprendizaje del estudiante. Asimismo, demanda que se diseñen propuestas formativas que garanticen el aprendizaje significativo y pongan de manifiesto la adquisición de las competencias, definidas previamente en los planes de estudio (Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya [AQU], 2019).

Para entender mejor qué significa una formación basada en competencias profesionales, es indispensable conocer y analizar el concepto de competencia profesional que es lo que se muestra en el siguiente apartado.

Concepto de competencia profesional: del ámbito empresarial al ámbito de la pedagogía.

El concepto de competencia profesional es un término complejo, polisémico y en continua evolución. Esto provoca que exista una gran disparidad de criterios en la manera de asumirlas desde los diferentes ámbitos en que se aplica. En este punto, iniciamos un breve recorrido por diferentes conceptualizaciones sobre las competencias profesionales, aunque tal y como comenta Tejada y Navío (2005), la revisión conceptual pone de manifiesto una gran variedad de elementos considerados en sus definiciones y una confusión terminológica importante debido a la diversidad de significados que hay atribuidos a este concepto.

El empleo del término competencia se remonta al año 1973, cuando el psicólogo David McClelland, profesor de Psicología de la Universidad de Harvard publicó el artículo “Testing for competence rather than for intelligence”(McClelland, 1973). El objetivo de McClelland era buscar variables que permitieran una mejor predicción del rendimiento profesional. Para ello, propuso estudiar directamente a las personas en su puesto de

trabajo contrastando las características de quienes son exitosos con las de aquellos que no lo son. Denominó competencias a dichas variables y afirmó que, para el éxito en la contratación de una persona, no era suficiente con el título que aportaba y el resultado de las pruebas psicológicas a las que se les sometía. A partir de esta conceptualización de McClelland, el término competencia alcanza su popularidad en el ámbito empresarial y se consolida con las aportaciones de Boyatzis (1982) que explica cómo las empresas deben preocuparse por consolidar no sólo los conocimientos de sus empleados, sino sus habilidades y sobre todo su motivación con el objetivo, de que manejen con facilidad su trabajo garantizando su desarrollo y permanencia. Además, añade que las empresas deben responsabilizarse de evaluar y estudiar constantemente estas competencias.

Muchos son los autores que señalan como punto de partida del modelo de gestión por competencias el trabajo de David McClelland (Blanco, 2007; Cruzata y Deroncele, 2017; Tovar y Revilla, 2010) Este autor analiza las competencias tanto del ámbito de la educación como del ámbito del trabajo, entendiendo como competencias profesionales aquellas características esenciales de una persona que le permiten tener un rendimiento eficiente en el trabajo. Leache y Martínez (2013) describen los nuevos sistemas de selección de personal, la evaluación del desempeño y la formación continua del personal como eje de las competencias individuales más que como eje de las tareas del lugar de trabajo.

En esta misma línea, Bunk (1994), en el contexto alemán de principios de siglo en el que aparecieron los oficios industriales, define diferentes conceptos, Por un lado, el concepto de **“capacidad profesional”** como aquellas capacidades que abarcan el conjunto de conocimientos, destrezas y aptitudes cuya finalidad es la realización de actividades definidas y vinculadas a una determinada profesión. Por otro, el concepto de **“cualificación profesional”** que fue adaptado por el ámbito de la pedagogía ya que además de los conocimientos, destrezas y aptitudes del concepto de capacidad incluía otros conceptos como la flexibilidad y la autonomía. Más hacia los años 70, se empieza hablar del concepto de **“competencia profesional”** como la capacitación real para resolver determinados problemas en el marco de procesos de aprendizaje integrados en los que además de competencias de especialista, se exigían competencias humanas y sociales. Gómez del Pulgar, Beneit, y Pacheco (2013) explican que estos conceptos de Bunk conducen al concepto de **“competencia integrada”** que hacia los años 80 adopta

todo su significado abordando además de las dimensiones técnicas, humanas y sociales, las dimensiones para la adaptación de los trabajadores al mercado laboral y a la sociedad del momento.

Tradicionalmente, el análisis de los puestos de trabajo se ha basado fundamentalmente en dos constructos: conocimientos y destrezas del empleado para trabajar de manera adecuada. Sin embargo, en las empresas actuales los puestos de trabajo están cambiando constantemente, lo cual exige fundamentarse en constructos más amplios que aquellos que incluyan solo lo que las personas deben aprender o desarrollar. A día de hoy, la gestión de las competencias laborales en las organizaciones tiene una importancia estratégica ya que alinea los planes de formación de las empresas con los conocimientos, habilidades y valores que debe potenciar un trabajador para el desempeño de su función en la organización y su crecimiento personal (Vera-Mendoza, 2018).

Después de analizar diferentes definiciones de competencia profesional, se puede observar en la Tabla 1 un breve resumen de su concepto, así como de las variables pedagógicas y empresariales identificadas en cada definición. Desde el ámbito de la pedagogía se define más la competencia profesional en términos de logros, indicadores de estos logros, destrezas, habilidades, capacidades y conocimientos, mientras que desde el ámbito empresarial se abordan más en términos de desempeño, productividad, rendimiento, eficiencia y profesionalidad.

Tabla 1. Variables empresariales y pedagógicas que configuran diferentes definiciones del concepto de competencia profesional.

DEFINICIÓN DE COMPETENCIA PROFESIONAL		VARIABLES EMPRESARIALES	VARIABLES PEDAGÓGICAS
VARIABLES que permiten predecir el rendimiento profesional.	McClelland (1973) *	Rendimiento profesional	Conocimientos, curriculum y experiencia
Conocimientos, habilidades y destrezas para garantizar el desarrollo y permanencia en la empresa. Características subyacentes que predicen el comportamiento.	Boyatzis (1982) *	Desarrollo y permanencia en la empresa ^{º1}	Conocimientos, habilidades, destrezas y motivación
Capacidades y cualificaciones profesionales	Bunk (1994) *	Participación, organización y planificación Flexibilidad y autonomía	Conocimientos Destrezas Aptitudes (capacidades y habilidades) Creatividad

Conjunto de comportamientos observables y medibles que facilitan el desarrollo eficaz de una determinada actividad laboral.	Levy Leboyer (1997) *	Desarrollo profesional	Comportamientos observables y medibles.
Capacidad de movilizar, aplicar y transferir correctamente en un entorno laboral determinados recursos propios y del entorno para producir un resultado definido.	Guy Le Boterf (2001) *	Movilización y aplicación de recursos ambientales y propios para producir un resultado	Conocimientos Habilidades Actitudes Transferencia
Habilidad aprendida que se adquiere mediante el learning-by-doing.	Roe (2002) *	Prerrequisito de buena ejecución. Relacionadas con el trabajo específico en un contexto particular.	Conocimientos Habilidades Actitudes Learning-by-doing
Procesos complejos de desempeño con idoneidad en un determinado contexto y con responsabilidad.	Tobón (2006) *	Procesos complejos de desempeño	Responsabilidad Idoneidad
Buen desempeño en contextos diversos basado en la activación e integración de conocimientos, técnicas, procedimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores.	Villa A, Pobrete M. (2007) *	Desempeño en contextos diversos	Conocimientos, técnicas, procedimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores.
Combinación dinámica de atributos	González y Wagenaar (2009)	Demostración en el ámbito laboral	Habilidades Estrategia Actitudes Responsabilidades
Las competencias profesionales se deben desarrollar continuamente a partir de la relación entre capacitación, transferencia y trabajo.	Gómez del Pulgar et al., (2013). Blažun, Kokol y Vošner (2015)	Capacitación Transferencia Trabajo	Enfoque sistémico y enfoque integrador
Capacidades y habilidades de una persona necesarias a desarrollar a través de la formación y que les permite «ser capaz de» o «estar capacitado para»	Gómez-Rojas (2015)	«ser capaz de» o «estar capacitado para»	Conocimientos Habilidades Capacidades Formación
Tareas para realizar en un cargo, con los atributos: Conocimientos (C), Habilidades (H), Capacidades (C), y otras características (O) como motivación, intereses, actitudes y personalidad que el trabajador requiere para realizar su trabajo	Csoban-Mirka E y Yáber-Oltra G. (2018)	Modelaje de competencias Análisis de un cargo Gestión de personal	Conocimientos, Habilidades Capacidades Motivación Interés Actitud Personalidad
Combinaciones dinámicas de recursos personales , complejos sistemas de comprensión y acción que incluyen diferentes dimensiones.	Cuadra-Martínez et al., (2018)	Recursos personales Acción	Comprensión Dimensiones

Fuente: Elaboración propia²

² Dado que el objetivo de la tabla es llevar a cabo un recorrido histórico por el concepto de competencia profesional, dichos artículos son antiguos de fecha, pero claves para el análisis de dicho concepto.

Realizando un recorrido por las diferentes definiciones mencionadas en la Tabla 1, es relevante resaltar que a partir de los años 90 se incluyeron, en la definición de competencia, términos pedagógicos asociados no sólo a los saberes de conocimiento y destrezas sino a comportamientos observables, motivación, persistencia, valores, responsabilidad, creatividad, transferencia e integración de capacidades propias y recursos del entorno. Como menciona Bunk (1994), a través de las competencias se pretende trascender de la educación tradicional y la memorización de conocimientos descontextualizados a la flexibilidad, autonomía y creatividad de las personas en base al análisis y resolución de problemas. En la misma línea, Guy Le Boterf (2001) defiende que el protagonismo de cada persona en la gestión y formación de sus competencias no es única en relación a un problema que haya de solucionar. Puede haber diferentes formas de actuar y es por ello por lo que postula también que la competencia profesional no puede reducirse a un único comportamiento observable. Reconoce que para formar competencias es necesario formar a las personas acerca de recursos y actividades concretas para conseguirlas. Finalmente, afirma que las competencias también pueden ser colectivas, es decir, que surgen como resultado de la cooperación y sinergia entre competencias individuales.

La práctica es lo que nos permite observar los patrones de comportamiento que identifican a cada persona o equipo de trabajo (Villa y Poblete, 2007). Estos comportamientos se desarrollan en contextos cada vez más diversos que proponen situaciones complejas en las que hay que actuar y para ello es indispensable combinar de forma dinámica todos los atributos de las competencias (Cuadra-Martínez et al., 2018; González y Wagenaar, 2009; Tobón, 2006) para transferirlos al contexto creando la mejor de las actuaciones (Blažun et al., 2015; Gómez del Pulgar et al., 2013). Y tal como propone Roe (2002), se aprende mejor haciendo, es decir, en el desempeño de la acción.

Leboyer, (citado en Cruzata y Deroncele, 2017) explica que las competencias laborales son comportamientos que algunas personas dominan mejor que otras, lo que las hace eficaces en una situación determinada. Esta psicóloga francesa comenta que las competencias son además observables en la realidad del trabajo, ponen en práctica de manera integrada aptitudes, rasgos de personalidad y conocimientos.

Finalmente, después de analizar todas las definiciones de competencia es importante considerar que la competencia se puede observar desde los dos contextos, empresarial y pedagógico, y aunque están diferenciados, cada vez más, se describen elementos comunes a ambos contextos como son el desempeño basado en la responsabilidad y en la integración de conocimientos, habilidades y actitudes y la no fragmentación de estos elementos con las características individuales de la persona (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2017; Prades, 2006). En este contexto, algunos autores proponen que la visión de la competencia profesional debe ser holística y no fragmentada dado que es imposible hacer abstracción de las cualidades humanas y los resultados no se pueden separar de quienes los ejecutan (Blažun et al., 2015; Montenegro Aldana, 2003). Es por ello, que es indispensable tener en cuenta los procesos que se dan en las personas como elemento principal para el desarrollo de las diferentes acciones en el lugar de trabajo (Gómez del Pulgar, 2013) así como su grado de motivación e interés (Csoban-Mirka y Yáber-Oltra, 2018).

El análisis realizado de las diferentes definiciones de competencia profesional mostradas en la Tabla 1, ha permitido plantear la definición de **competencia profesional**³ integrada tanto de variables empresariales como de variables pedagógicas con el objetivo de seguir aproximando la teoría (docencia) y la práctica (empresa), aplicada al ámbito de la enfermería. El objetivo de esta aproximación es adecuar la formación a las necesidades reales y cambiantes del contexto actual en el que el colectivo de enfermería lleva a cabo su práctica diaria.

Teniendo en cuenta las aportaciones de los autores mencionados en la Tabla 1 y el objetivo del análisis, podemos afirmar que las competencias profesionales son un conjunto de elementos combinados (conocimientos, habilidades, actitudes y valores) que se integran atendiendo a una serie de atributos personales (capacidades, aptitudes, motivación, rasgos personales, responsabilidad y creatividad) y a unos recursos del entorno, tomando como referencia la sinergia de las experiencias personales y profesionales con las capacidades grupales para transferirlas y manifestarlas mediante

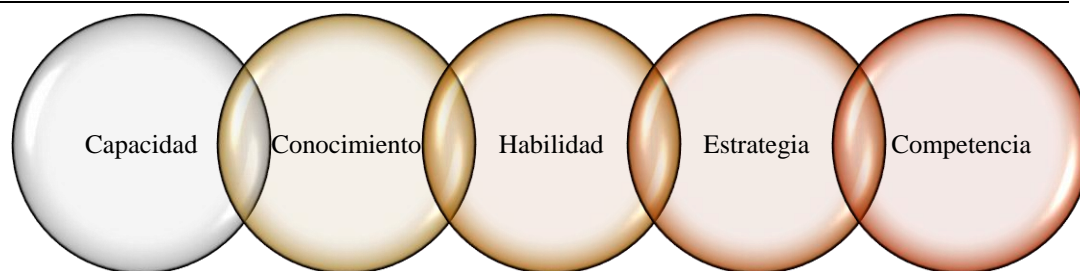
³En adelante, se utilizarán los términos “competencia” y “competencia profesional”, indistintamente, teniendo en cuenta su significado. En el caso de referirse a otro tipo de competencia, se especificará el término completo.

determinados comportamientos y buenas prácticas en el contexto laboral, entendiendo como buena práctica el comportamiento observable de una competencia profesional.

Del análisis de los diferentes conceptos de competencia han surgido los siguientes puntos de reflexión que pretenden profundizar en la aplicación del término:

1. Se dispone de multitud de conocimientos, habilidades, capacidades, destrezas, actitudes y estrategias, pero... ¿hablamos de lo mismo? ¿Cuándo se llega a ser competente? Como se muestra en la Figura 1, las capacidades las tenemos de base y éstas nos permiten adquirir conocimientos ya sean de conceptos, de procedimientos o de actitudes. Cuando se aplican dichos conocimientos a la práctica hablamos de habilidad. La habilidad es muy personal y para potenciarla es importante no solo practicar de forma automática, sino tomar conciencia de aquello que hacemos y sobre todo reflexionar las decisiones que tomamos. Esta toma de conciencia y reflexión sería la estrategia que nos permite actuar y resolver problemas. Por tanto, ¿cuándo se es competente? Cuando la persona con sus propias capacidades aplica los conocimientos, habilidades y estrategias para la resolución eficaz de los problemas de su práctica diaria.
2. Se puede ser competente en un contexto y dejar de serlo en otro, simplemente porque nos resulta desconocido.
3. Las competencias profesionales se desarrollan en el contexto profesional y tienen un carácter recurrente y de crecimiento continuo. Nunca se “es” competente para siempre y, como última reflexión concluir que se aprende haciendo y reflexionando sobre lo que se hace. Ser competente es poner en marcha la competencia partiendo de la reflexión ya que ésta nos ayuda a alejarnos de la estandarización del comportamiento.

Figura 1. De la capacidad a la competencia.



Fuente: Elaboración propia

Dimensiones de las competencias profesionales

Tal y como mencionaban Cuadra-Martínez et al. (2018) las competencias son combinaciones dinámicas de recursos personales, complejos sistemas de comprensión y acción que incluyen las dimensiones de «**saber pensar**», «**saber decir**», «**saber hacer**», «**saber ser**». Sin embargo, no es suficiente que la persona tenga conocimientos y habilidades/destrezas exigidas por su trabajo. Cabe tener en cuenta que todos los trabajadores desarrollan su actividad profesional dentro de una organización que posee su cultura y sus normas de comportamiento. Por ello, es preciso que los comportamientos del trabajador se adapten a esa cultura y a esas normas con las actitudes y los intereses que reflejen su saber estar. Todo lo anterior es necesario para que la persona lleve a cabo los comportamientos exigidos por su trabajo, pero no es suficiente; es preciso que la persona esté motivada para llevar a cabo dichos comportamientos haciendo referencia a la dimensión de «**Querer hacer**» (Gómez del Pulgar, 2013).

La actuación en situaciones concretas y complejas de la vida profesional conlleva a la dimensión de «**saber de la experiencia**», que produce una mayor comprensión de la experiencia vivida, pensada, reflexionada y contrastada (Pérez-Gómez y Pérez-Granados, 2013).

Además de las dimensiones anteriores, Leache y Martínez (2013) explican que para que una persona pueda llevar a cabo un comportamiento será preciso añadir el «**poder hacer**» teniendo en cuenta la necesidad de contar con los medios y recursos necesarios para poder actuar. Sin esta dimensión consideran que la persona no puede llevar a cabo los comportamientos exigidos por su trabajo.

Asimismo, Dominguez (2001) y Arenaz, Fernández, Santos, Gámez y Ruiz (2000) proponen también que una dimensión de las competencias debe ser «**Saber desaprender**» refiriéndose a generar nuevos conocimientos, nuevas capacidades de intervenir, desarrollar nuevos valores y actitudes y todo ello desde perspectivas diferentes en función del problema o de la situación. A su vez, transferir los conocimientos adquiridos a nuevas situaciones del día a día o problemas que puedan surgir en la práctica profesional puede crear nuevas soluciones dado que intervendrán

otras variables que se desconocían. Por ello, además, añaden el concepto de **«Saber transferir»** como capacidad de la persona para ubicarse en el medio, comunicarse con los demás y desarrollar valores como la responsabilidad, la actitud crítica, la actitud constructiva, la flexibilidad y la versatilidad. Todo ello, mencionan los autores, es indispensable para buscar nuevas alternativas y estrategias ante la nueva situación siendo capaz de aplicar en otros ámbitos lo aprendido, innovando y estableciendo propuestas de mejora.

Por último, mencionar las dimensiones de las competencias que añade el Proyecto Tuning. Este proyecto surgió como una iniciativa de las universidades y fue presentado a la Unión Europea a finales del año 2000 en el marco del programa Sócrates. Es un proyecto coordinado por las universidades de Deusto (España) y Groningen (Holanda) y su finalidad es la de compartir las experiencias de las universidades con el objetivo de elaborar orientaciones que permitan diseñar y desarrollar planes propios que faciliten la convergencia (González y Wagenaar, 2009; Pedraza, 2013). Las dimensiones de las competencias que, además de los anteriores, añade este proyecto son:

1. **«Saber cómo»** que incluye la aplicación práctica del conocimiento a determinadas situaciones.
2. **«Saber cómo ser»** que incluye los valores como parte integrante de la forma de percibir a los demás y vivir en un contexto social.
3. **«Saber por qué»** que incluye la reflexión como parte indispensable de la acción.

Además de estas dimensiones descritas, todas ellas relacionadas con las acciones a llevar a cabo, Bunk, (1994 citado en Pablo Gómez-Rojas, 2015) describe diferentes tipos de competencias en función de su relación con el puesto de trabajo y con la interacción entre personas y el entorno. Define como competencias técnicas y metodológicas las más relacionadas con el puesto de trabajo y como participativas y sociales, las más relacionadas con la interacción de la persona con el equipo, la organización y el entorno en el que se integra (Figura 2).

Figura 2. Competencias profesionales en función de su relación con el puesto de trabajo y con la interacción entre personas y el entorno.



Fuente: Elaboración propia adaptado de Bunk (2004)

Una vez analizado, en los apartados anteriores, el concepto de competencia profesional y descritas sus dimensiones más importantes, a continuación, se contextualizará el concepto de competencia profesional en el ámbito de enfermería indagando en sus dimensiones desde un enfoque integrador y multidimensional que permita dar respuesta tanto a las necesidades personales como a los requerimientos del entorno asistencial cambiante en el que estamos sumergidos.

Competencias profesionales en el ámbito de la enfermería: enfoque integrador y multidimensional

Desde la profesión enfermera no se puede partir del concepto reduccionista de la competencia, que sería centrarse únicamente en la dimensión de “saber hacer”, dado que ser competente engloba, como se ha visto en el apartado anterior, características y cualidades individuales como conocimientos, habilidades y actitudes que permiten al profesional tomar las decisiones más adecuadas en cada caso y actuar en consecuencia (Lafuente Robles et al., 2019). Montenegro (2003), explica, por ejemplo, que centrarse únicamente en esta dimensión de “saber hacer” implica a menudo, actuar de forma mecánica sin comprender ni entender las implicaciones y consecuencias de sus hechos ni tener en cuenta la responsabilidad de la persona. Es por ello que el enfoque de las

competencias profesionales, en el ámbito de la enfermería, debe incorporar conocimientos, habilidades y actitudes que permitan su utilización en situaciones distintas y complejas y a su vez, que faciliten tomar decisiones que permitan que la actuación profesional esté al nivel exigible en cada momento (Sastre-Fullana, 2016). A su vez, este enfoque conduce a la creación de nuevos perfiles de enfermería que ejercen un liderazgo clínico en el ámbito de su trabajo, con autonomía para la toma de decisiones complejas, basadas en la aplicación de la evidencia en su práctica profesional (Lafuente Robles et al., 2019) y todo ello desde la perspectiva de la mejora y el desarrollo de dichas competencias mediante la formación continua (Huerta Rosales, 2018).

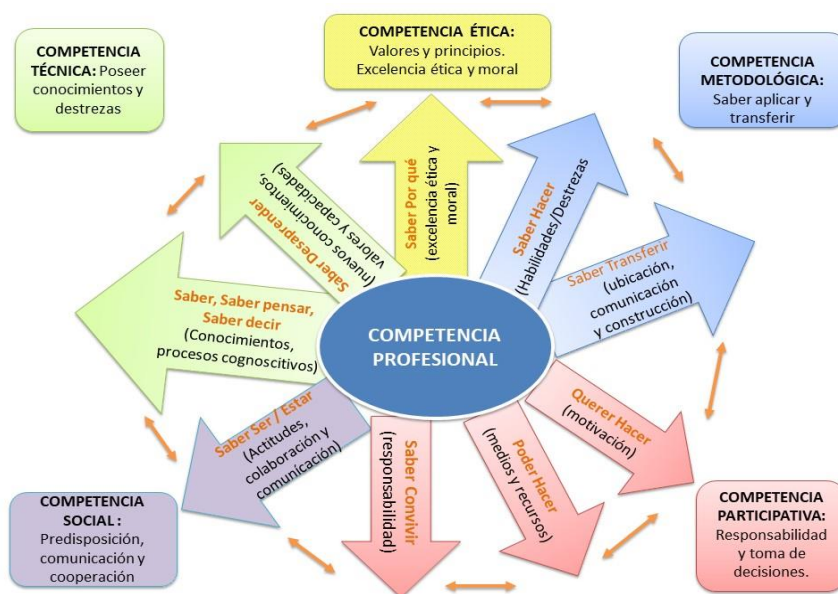
Enfermería debe reconocerse como agente de transformación de la realidad en salud y esto significa, la necesidad de redefinir su práctica asistencial, luchando por transformar su posición y por ofrecer una atención integral y humanizada que atienda las necesidades de la salud de las personas que atiende. Las demandas asistenciales y las necesidades de salud de las personas están presentando cambios y retos constantes a los servicios sanitarios, que requieren igualmente de la incorporación de nuevas respuestas y desarrollos por parte de enfermeras expertas y avanzadas (Lafuente Robles et al., 2019). Esto implica pasar de las competencias como “un saber en contexto” a procesos de desempeño autocríticos y críticos de la realidad personal y profesional y del contexto externo, para ejercer una transformación (Sastre-Fullana, 2016).

Para los profesionales de la salud adquirir competencias en el ámbito asistencial no es fácil, ya que se les exige aplicar conocimientos a la práctica y al mismo tiempo atender a aspectos de otras competencias relacionadas con actitudes, valores, toma de decisiones, resolución de problemas, compromiso ético, habilidades de comunicación, habilidades e intervenciones para promocionar un cuidado óptimo, liderazgo y trabajo en equipo y todo ello, en un contexto de cambio continuo. Además, se añade como dificultad sobre todo en los profesionales de enfermería, que dichas competencias se deben aplicar, cada vez más, en el marco de atención de pacientes crónicos dependientes, frágiles y con necesidades complejas.

Todo ello conduce a la necesidad de que las competencias profesionales del colectivo de enfermería partan de un enfoque integrador y multidimensional, tal y como se puede observar en la Figura 3, partiendo de la base conceptual de que todas las dimensiones competenciales actúan conjuntamente sobre el comportamiento, no son

independientes entre sí y dependen de los requerimientos específicos del entorno, las necesidades personales y las condiciones de incertidumbre a las que enfermería debe responder con autonomía, conciencia crítica y espíritu de reto (Lafuente-Robles et al., 2019; Pavié, 2011).

Figura 3. Enfoque integrador y multidimensional de la Competencia Profesional de Enfermería.



Fuente: Elaboración propia en base a Bunk, 1994; Informe Delors, 1996; Domínguez, 2001; González, y Wagenaar, 2009; Alorda, 2009; Pedraza, 2013, Gómez del Pulgar, 2013, Leache y Martínez, 2013 y Cuadra-Martínez et al. (2018)

Este enfoque integral y multidimensional que se menciona en la Figura 3 considera todas las competencias tanto técnicas, metodológicas, sociales, éticas y participativas como la cara más visible del desarrollo profesional del colectivo de enfermería. Es cierto que las competencias técnicas y metodológicas, como menciona Rodríguez (2007), son las más fáciles de desarrollar mediante programas formativos pero atendiendo que este trabajo pretende describir y desarrollar las competencias asociadas a la práctica enfermera y a la toma de decisiones en pacientes crónicos en situación de complejidad, adoptan mucha importancia los valores, creencias, motivaciones y emociones que subyacen bajo las competencias éticas, sociales y participativas.

Los valores, creencias, emociones y sobre todo la motivación se consideran el punto de partida de la acción (Csoban-Mirka y Yáber-Oltra, 2018). Poseer unas

capacidades no significa ser competente; lo importante es sentirse capaz, tener valor y estar motivado para movilizar los recursos que juntamente con la acción de la competencia conseguirá que la persona llegue a ser competente (Tejada y Navío, 2005).

Le Boterf (2001) añade que el profesional competente es el que sabe construir saberes competentes para gestionar situaciones cada vez más complejas. En este trabajo se considerará al profesional de enfermería competente en la medida que gestione situaciones complejas que permitan alcanzar logros efectivos para la situación clínica y personal del paciente y su entorno efectivo, así como el perfeccionamiento de sus cualidades personales y sociales que ayuden a mejorar la humanización y la calidad de los cuidados.

Sastre-Fullana (2016) apuesta por la necesidad de que los profesionales entiendan sus competencias, las reflexionen e incluso las reconceptualicen, si es necesario, teniendo en cuenta todas las dimensiones y el contexto en el que se aplican. Explica que dicha reconceptualización permite, mediante la formación, incorporar nuevos conocimientos, habilidades y actitudes en procesos intelectuales complejos que permitan su utilización en situaciones distintas y tomar decisiones que permitan que la actuación profesional esté al nivel exigible en cada momento.

Una vez definido el concepto de competencia profesional de enfermería y su enfoque integrador y multidimensional pasaremos a describir cuáles son las competencias profesionales en el ámbito de enfermería vigentes en la actualidad.

Competencias legales que habilitan a los profesionales de enfermería en su práctica profesional

Existen diversos documentos, vigentes hoy en día tanto en los planes docentes como en los profesionales, que establecen legalmente las competencias que habilitan a las enfermeras para su práctica profesional. Estos documentos son a nivel estatal, la ORDEN CIN/2134/2008, la directiva europea y Libro Blanco de Enfermería.

A continuación, se describirán las competencias que cada uno de estos documentos describe:

✚ La ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, establece los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio a los profesionales de Enfermería. Actualmente los planes de estudios que conducen a la obtención del título de Grado de Enfermería deben cumplir, además lo que se establece en el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales unos anexos relativos a la memoria para la solicitud de verificación de títulos oficiales (Ministerio de Ciencia e Innovación, 2008). El apartado 3 de este Anexo define las competencias que los estudiantes deben adquirir. Como se puede observar en la tabla 2 esta Orden Ministerial define de forma específica las competencias aplicadas a la práctica del conocimiento y esto conlleva a que las competencias genéricas o transversales queden diseminadas y poco definidas.

Tabla 2. Competencias que los estudiantes deben adquirir al finalizar sus estudios de Grado de Enfermería. Ministerio de Ciencia e Innovación. Orden CIN/2134/2008

COMPETENCIAS QUE LOS ESTUDIANTES DEBEN ADQUIRIR AL FINALIZAR EL GRADO DE ENFERMERÍA	
1	Ser capaz, en el ámbito de la enfermería, de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicables
2	Planificar y prestar cuidados de enfermería dirigidos a las personas, familia o grupos, orientados a los resultados en salud evaluando su impacto, a través de guías de práctica clínica y asistencial, que describen los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida un problema de salud
3	Conocer y aplicar los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de la enfermería
4	Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural
5	Diseñar sistemas de cuidados dirigidos a las personas, familia o grupos, evaluando su impacto y estableciendo las modificaciones oportunas
6	Basar las intervenciones de la enfermería en la evidencia científica y en los medios disponibles
7	Comprender sin prejuicios a las personas, considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, como individuos autónomos e independientes, asegurando el respeto a sus opiniones, creencias y valores, garantizando el derecho a la intimidad, a través de la confidencialidad y el secreto profesional.
8	Promover y respetar el derecho de participación, información, autonomía y el consentimiento informado en la toma de decisiones de las personas atendidas, acorde con la forma en que viven su proceso de salud –enfermedad
9	Fomentar estilos de vida saludables, el autocuidado, apoyando el mantenimiento de conductas preventivas y terapéuticas.
10	Proteger la salud y el bienestar de las personas, familia o grupos atendidos, garantizando su seguridad.
11	Establecer una comunicación eficaz con pacientes, familia, grupos sociales y compañeros y fomentar la educación para la salud.
12	Conocer el código ético y deontológico de la enfermería española, comprendiendo las implicaciones éticas de la salud en un contexto mundial en transformación
13	Conocer los principios de financiación sanitaria y sociosanitaria y utilizar adecuadamente los recursos disponibles
14	Establecer mecanismos de evaluación, considerando los aspectos científicos-técnicos y los de calidad.
15	Trabajar con el equipo de profesionales como unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multidisciplinar e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales
16	Conocer los sistemas de información sanitaria
17	Realizar los cuidados de enfermería basándose en la atención integral de salud, que supone la cooperación multiprofesional, la integración de los procesos y la continuidad asistencial
18	Conocer las estrategias para adoptar medidas de confortabilidad y atención de síntomas, dirigidas al paciente y familia, en la aplicación de cuidados paliativos que contribuyan a aliviar la situación de enfermos avanzados y terminales.

- ✚ La Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales, de profesionales con profesiones reguladas en su territorio para permitir su acceso y en consecuencia la posibilidad de ejercer en ellos la misma profesión (Diario Oficial de la Unión Europea, 2005, p.41)

En el artículo 33 de este documento se describen las competencias que los enfermeros responsables de cuidados generales deben tener y que se muestran en la tabla 3:

Tabla 3: Competencias de los enfermeros responsables de Cuidados Generales según la Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo.

1	Adquirir un conocimiento adecuado de las ciencias en las que se basa la enfermería general, incluida una comprensión suficiente de la estructura, funciones fisiológicas y comportamiento de las personas, tanto sanas como enfermas, y de la relación existente entre el estado de salud y el entorno físico y social del ser humano.
2	Adquirir un conocimiento suficiente de la naturaleza y de la ética de la profesión, así como de los principios generales de la salud y de la enfermería.
3	Mantener una experiencia clínica adecuada que se seleccionará por el valor de su profesión.
4	Participar en la formación práctica del personal sanitario
5	Participar del trabajo con miembros de otras profesiones del sector sanitario.

- ✚ El Libro Blanco de Enfermería⁴ define, tomando como referencia el proyecto Tuning las competencias que habilitan a los profesionales de enfermería estableciendo una de las clasificaciones más extendidas y aplicadas dentro del marco del Espacio Europeo de educación superior (EEES). Diferencia dos tipos de competencias, las **específicas**, que están relacionadas con el conocimiento concreto de la profesión y las competencias **genéricas o transversales** que identifican los elementos compartidos que pueden ser comunes a cualquier titulación. En la Tabla 4, se describen las 30 competencias genéricas que contempla el Proyecto Tuning de Enfermería. Dichas competencias se dividen en instrumentales, interpersonales y sistemáticas. Las interpersonales son las que incluyen capacidades cognitivas, metodológicas, tecnológicas y lingüísticas, las interpersonales son las relacionadas con la capacidad de utilizar habilidades comunicativas y sociales y por último, las sistémicas que permiten ver los sistemas desde su totalidad permitiendo aproximarse a la realidad en su

complejidad de relaciones y no como un conjunto de hechos aislados (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación [ANECA], 2005)

Tabla 4. Competencias genéricas transversales establecidas por el Proyecto Tuning Enfermería

COMPETENCIAS GENÉRICAS O TRANSVERSALES Proyecto Tuning (2003)		
COMPETENCIAS INSTRUMENTALES	COMPETENCIAS INTERPERSONALES	COMPETENCIAS SISTÉMICAS
1.Capacidad de análisis y síntesis 2.Capacidad de organizar y planificar 3.Conocimientos generales básicos 4.Conocimientos básicos de la profesión 5.Comunicación oral y escrita en la propia lengua 6.Conocimiento de una segunda lengua 7.Habilidades básicas de manejo del ordenador 8.Habilidades de gestión de la información (habilidad para buscar y analizar información proveniente de fuentes diversas) 9.Resolución de problemas 10. Toma de decisiones	1.Capacidad crítica y autocrítica 2.Trabajo en equipo 3.Habilidades interpersonales 4.Capacidad de trabajar en un equipo interdisciplinar 5.Capacidad para comunicarse con expertos 6.Apreciación de la diversidad y multiculturalidad 7.Habilidad de trabajar en un contexto internacional 8.Compromiso ético	1.Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica 2.Habilidades de investigación 3.Capacidad de aprender 4.Capacidad de adaptarse a nuevas situaciones 5.Capacidad para generar nuevas ideas (creatividad) 6. Liderazgo 7.Conocimientos de culturas y costumbres de otros países 8.Habilidad para trabajar de forma autónoma 9.Diseño y gestión de proyectos 10. Iniciativa y espíritu Emprendedor. 11.Preocupación para la calidad 12.Motivación de logro

Fuente: Libro Blanco de Enfermería, adaptada del Proyecto Tuning Enfermería (2005).

Además de clasificar las competencias en genéricas o transversales el Libro Blanco de Enfermería también clasifica las competencias específicas de formación disciplinar y profesional en 6 grupos que se detallan en la siguiente tabla 5:

⁴El presente Libro Blanco muestra el resultado del trabajo llevado a cabo por una red de universidades españolas denominado Proyecto Tuning Enfermería con el objetivo explícito de realizar estudios y supuestos prácticos útiles en el diseño de un Título de Grado de Enfermería adaptado al Espacio Europeo de Educación Superior. Su valor como instrumento para la reflexión es una de las características del proceso que dio lugar a este Libro Blanco. La Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) financió este proyecto.

Tabla 5. Grupos de Competencias específicas

GRUPOS DE COMPETENCIAS ESPECÍFICAS
<i>GRUPO I: Competencias asociadas con los valores profesionales y el papel de la enfermera</i>
1. Capacidad para trabajar en un contexto profesional, ético y de códigos reguladores y legales, reconociendo y respondiendo a dilemas y temas éticos o morales en la práctica diaria.
2. Capacidad para trabajar de una manera holística, tolerante, sin enjuiciamientos, cuidadosa y sensible, asegurando que los derechos, creencias y deseos de los diferentes individuos o grupos no se vean comprometidos
3. Capacidad para Educar, facilitar, apoyar y animar la salud, el bienestar y el confort de las poblaciones, comunidades, grupos e individuos cuyas vidas están afectadas por la mala salud, sufrimiento, enfermedad, incapacidad o la muerte
4. Capacidad para reconocer los diversos roles, responsabilidades y funciones de una enfermera.
5. Capacidad para ajustar su papel con el objeto de responder efectivamente a las necesidades de la población o los pacientes. Cuando sea necesario y apropiado, ser capaz de desafiar los sistemas vigentes para cubrir las necesidades de la población y los pacientes.
6. Capacidad para aceptar la responsabilidad de su propio aprendizaje y desarrollo profesional, utilizando la evaluación como el medio para reflejar y mejorar su actuación y aumentar la calidad de los servicios
<i>GRUPO II: Competencias específicas asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas</i>
7. Capacidad para emprender valoraciones exhaustivas y sistemáticas utilizando las herramientas y marcos adecuados para el paciente, teniendo en cuenta los factores físicos, sociales, culturales, psicológicos, espirituales y ambientales relevantes
8. Capacidad para reconocer e interpretar signos normales o cambiantes de salud-mala salud, sufrimiento, incapacidad de la persona (valoración y diagnóstico).
9. Capacidad para responder a las necesidades del paciente planificando, prestando servicios y evaluando los programas individualizados más apropiados de atención junto al paciente, sus cuidadores y familias y otros trabajadores sanitarios o sociales.
10. Capacidad para cuestionar, evaluar, interpretar y sintetizar críticamente un abanico de información y fuentes de datos que faciliten la elección del paciente.
11. Capacidad de hacer valer los juicios clínicos para asegurar que se alcanzan los estándares de calidad y que la práctica está basada en la evidencia.
<i>GRUPO III: Competencias específicas para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos.</i>
12. Capacidad para mantener la dignidad, privacidad y confidencialidad del paciente (utilizando las habilidades...).
13. Capacidad para poner en práctica principios de salud y seguridad, incluidos la movilización y manejo del paciente, control de infecciones, primeros auxilios básicos y procedimientos de emergencia (utilizando las habilidades...).
14. Capacidad para administrar con seguridad fármacos y otras terapias (utilizando las habilidades...).
15. Capacidad para considerar los cuidados emocionales, físicos y personales, incluyendo satisfacer las necesidades de confort, nutrición e higiene personal y permitir el mantenimiento de las actividades cotidianas (utilizando las habilidades...).
16. Capacidad para responder a las necesidades personales durante el ciclo vital y las experiencias de salud o enfermedad. Por ej., dolor, elecciones vitales, invalidez o en el proceso de muerte inminente (utilizando las habilidades...).
17. Capacidad para informar, educar y supervisar a pacientes y cuidadores y sus familias (utilizando las habilidades...).
<i>GRUPO IV: Conocimiento y competencias cognitivas</i>
18. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar teorías de enfermería y práctica enfermera
19. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar ciencias básicas y de la vida.

20. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar ciencias sociales, del comportamiento y de la salud.
21. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar ética, legislación y humanidades.
22. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar tecnología e informática a los cuidados de salud.
23. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar política nacional e internacional
24. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar resolución de problemas y toma de decisiones.
25. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar principios de investigación e información.
GRUPO V: Conocimiento y competencias cognitivas
26. Capacidad para una comunicación efectiva (incluyendo el uso de tecnologías): con pacientes, familias y grupos sociales, incluidos aquellos con dificultades de comunicación.
27. Capacidad para permitir que los pacientes y sus cuidadores expresen sus preocupaciones e intereses, y que puedan responder adecuadamente. Por ej., emocional, social, psicológica, espiritual o físicamente.
28. Capacidad para representar adecuadamente la perspectiva del paciente y actuar para evitar abusos.
29. Capacidad para usar adecuadamente las habilidades de consejo (técnicas de comunicación para promover el bienestar del paciente).
30. Capacidad para identificar y tratar comportamientos desafiantes.
31. Capacidad para reconocer la ansiedad, el estrés y la depresión.
32. Capacidad para dar apoyo emocional e identificar cuándo son necesarios el consejo de un especialista u otras intervenciones.
33. Capacidad para informar, registrar, documentar y derivar cuidados utilizando tecnologías adecuadas.
GRUPO VI: Competencias específicas de liderazgo, gestión y trabajo en equipo
34. Capacidad para darse cuenta de que el bienestar del paciente se alcanza a través de la combinación de recursos y acciones de los miembros del equipo socio-sanitario de cuidados.
35. Capacidad para dirigir y coordinar un equipo, delegando cuidados adecuadamente.
36. Capacidad para trabajar y comunicarse en colaboración y de forma efectiva con todo el personal de apoyo para priorizar y gestionar el tiempo eficientemente mientras se alcanzan los estándares de calidad.
37. Capacidad para valorar el riesgo y promocionar activamente el bienestar y seguridad de toda la gente del entorno de trabajo (incluida/os ella/os misma/os).
38. Utiliza críticamente las herramientas de evaluación y auditoría del cuidado según los estándares de calidad relevantes.
39. Dentro del contexto clínico, capacidad para educar, facilitar, supervisar y apoyar a los estudiantes de cuidados de salud y trabajadores sociosanitarios.
40. Es consciente de los principios de financiación de cuidados sociosanitarios y usa los recursos eficientemente.

Fuente: Libro Blanco de enfermería (2005) y adaptados del Proyecto Tuning Enfermería.

La adquisición de las competencias en enfermería tiene una importancia crucial para el mantenimiento de los estándares profesionales y aunque su evaluación sigue siendo un desafío (Braz da Silva, Paiva de Menezes, y Guilherme, 2017) estudios como el que se llevó a cabo en centros sanitarios públicos y privados en Cataluña sobre la opinión de los supervisores de enfermería o cargos similares sobre las competencias de los recién graduados en enfermería muestran resultados relevantes en relación sobre todo, a las competencias necesarias para el profesional de enfermería recién titulado y su grado de importancia (AQU, 2015).

Las competencias valoradas en este estudio que se titula “Ocupabilidad y Competencias de los recién graduados en enfermería” (AQU, 2015) incluyen competencias para la práctica de la enfermería y también competencias interpersonales, de gestión personal, instrumentales, profesionales y éticas.

En la tabla 6, se muestran todas las competencias que debe tener un recién graduado ordenadas de más a menos importancia según la opinión de sus responsables:

Tabla 6. Grado de importancia de mayor a menor de las competencias de los nuevos enfermeros según sus responsables

COMPETENCIAS DE LOS RECIÉN GRADUADOS EN ENFERMERÍA	
1.Trabajo en equipo	13.Intervenciones basadas en la evidencia científica
2.Respeto por las opiniones y creencias	14.Planificación y gestión del tiempo
3.Actitud positiva y motivación	15.Uso adecuado de recursos
4.Conocimientos básicos de enfermería	16.Resolución de problemas
5.Respeto por los derechos de las personas atendidas	17.Trabajo autónomo
6.Comunicación eficaz paciente/familia/compañeros	18.TIC
7.Formación sanitaria continuada	19. Atención a la diferencia de los pacientes
8.Valores profesionales de enfermería	20.Negociación y resolución de conflictos
9.Capacidad de aprender y autoaprendizaje	21.Habilidades técnicas
10.Prestación de cuidados	22.Innovación e investigación
11.Adaptación a cambios y nuevas situaciones	23.Liderazgo
12.Promoción de la salud	24. Idiomas

Fuente: Agencia para la Calidad del Sistema Saitario de Cataluña (2015).

Como muestra la Tabla 6, actualmente, el trabajo en equipo, el respeto por las opiniones y creencias de los pacientes, la actitud positiva y la motivación son, por este orden, y según los supervisores de enfermería, las competencias más importantes siendo las menos importantes, las habilidades técnicas, la innovación e investigación y el liderazgo. El estudio también permite conocer otros datos relevantes como son resultados relacionados con las competencias más valoradas por los recién graduados y las más útiles para su práctica profesional. La más valorada es la capacidad del uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC), hecho que se relaciona con una de las afirmaciones del grupo de discusión del Proyecto Tuning que explicaba que los graduados venían muy preparados tecnológicamente. También, los nuevos profesionales, valoraron muy positivamente la competencia relacionada con el respeto por las opiniones y creencias del paciente y la relacionada con la capacidad de aprendizaje. Por el contrario, las competencias por las que se sentían menos satisfechos, en su formación, y a su vez consideraban menos útiles para su práctica profesional eran la capacidad de llevar a cabo intervenciones basadas en la evidencia científica, la capacidad de negociación y resolución de conflictos y los idiomas. Sin embargo, cabe

resaltar que los supervisores de enfermería que participaron en el estudio opinaban que los recién graduados demostraban carencias en su capacidad reflexiva sobre su práctica asistencial.

Posteriormente al análisis de estos resultados y según la opinión de los responsables de enfermería de los hospitales incluidos en el estudio, las 24 competencias mencionadas en la tabla 6, se agruparon en 5 bloques en función de la necesidad de formación que necesitan para desarrollarse. Como se puede observar en la tabla 7, las competencias que más formación necesitan para desarrollarse son, en primer lugar, la capacidad de basar las intervenciones de enfermería en la evidencia científica, en segundo lugar, las competencias relacionadas con la prestación de cuidados que se vincula con la capacidad de comunicarse de forma eficaz y en tercer lugar las competencias que fomentan la capacidad resolutoria del profesional y su toma de decisiones. Las competencias relacionadas con el aprendizaje autónomo y los idiomas se consideraron el grupo de competencias que menos formación necesitan para desarrollarse (AQU, 2015):

Tabla 7. Bloques de competencias ordenadas de mayor a menor relación con la formación que precisan para ser desarrolladas.

COMPETENCIAS CON RELACIÓN A LA FORMACIÓN	
1	Competencias nucleares de enfermería (conocimientos y aplicación reflexiva) como elementos básicos de la profesión y capacidad de basar las intervenciones de enfermería en la evidencia científica.
2	Competencias nucleares de enfermería (otras): comunicación eficaz con pacientes, familiares y compañeros; prestación de cuidados de enfermería basándose en la atención integral dirigida a las personas o familias; capacidad para desarrollar acciones de promoción y protección de la salud y actitud positiva y de motivación.
3	Capacidad resolutoria: liderazgo, toma de decisiones , capacidad de negociación y resolución de conflictos, planificación y gestión del tiempo y capacidad de adaptarse a cambios y nuevas situaciones.
4	Aprendizaje continuo: capacidad de innovación y técnicas de investigación, uso de las TIC y capacidad para asumir el propio desarrollo personal mediante la formación continuada.
5	Idiomas

Fuente: Estudio Ocupabilidad y competencias de los graduados recientes en Enfermería” Agencia para la Calidad del Sistema Universitario de Catalunya (2015).

En relación con estos grupos de competencias el estudio concluye que existe una necesidad de mejora en el desarrollo de competencias relacionadas con el liderazgo, toma de decisiones, capacidad de negociación, resolución de conflictos y gestión del tiempo. Proponen que una manera de mejorar el desarrollo de estas competencias es

utilizar metodologías docentes activas como la discusión de casos clínicos, simulación, reflexión de la práctica o estudios de casos.

Como se ha visto hasta ahora, la mayoría de las competencias descritas en este apartado son aplicadas a la práctica del conocimiento, pero no existe una diferenciación clara entre competencias genéricas y específicas, a excepción del Proyecto Tuning del Libro Blanco de Enfermería. San Martín-Rodríguez, Soto-Ruiz y Escalada-Hernández (2019) que definieron las características esenciales de la formación en práctica avanzada en enfermería concluyeron que las competencias genéricas son muy importantes para el desarrollo de la práctica enfermera ya que existe una demanda de profesionales con nuevas competencias genéricas que les permitan enfrentarse a los nuevos requerimientos laborales, como son el trabajo en equipo, la adaptación a los cambios, la creatividad, la autonomía, el pensamiento crítico y la toma de decisiones. Dichas competencias facilitan el aprender a aprender y permiten a los profesionales hacer frente a las nuevas oportunidades y desafíos de la sociedad en la que vivimos.

Enfermería es una disciplina académica y profesional integrada con otros equipos sanitarios y no sanitarios, que exige, para una prestación de servicios de calidad, una combinación de competencias de naturaleza muy distinta, como hemos visto en este apartado, y en este contexto emerge de forma esencial la necesidad de disponer de la competencia de toma de decisiones. Es por ello por lo que la clasificación de las competencias que se tendrá en cuenta en esta investigación es la del Proyecto Tuning dado que las competencias genéricas están muy bien definidas siendo una de ellas la competencia toma de decisiones. Aunque actualmente existen marcos legales que describen las competencias profesionales de enfermería, tal y como hemos visto en este apartado, no podemos partir de ellas para profundizar en la competencia toma de decisiones en el contexto de atención al paciente crónico con necesidades complejas, dado que no la contemplan de forma explícita, solo la contemplan de forma implícita enmarcada generalmente en la competencia resolución de conflictos o resolución de problemas.

El análisis de la competencia toma de decisiones del proyecto Tuning nos permitirá avanzar en el conocimiento y desarrollo de los resultados de aprendizaje de dichas competencias, entendiendo los resultados de aprendizaje como uno de los

elementos clave de las competencias profesionales, tal y como se explicará en el apartado siguiente.

Elementos de las competencias

Existen diversas metodologías para describir los elementos que constituyen la estructura de las competencias. Independientemente de la gran cantidad de definiciones que existen, se encuentran dos elementos comunes: **las unidades de competencia y los resultados de aprendizaje** (Alexander y Runciman, 2003; Blanié, Roulleau, Mengelle, y Benhamou, 2017; Gómez del Pulgar et al., 2013; Tobón, 2006). Gómez del Pulgar (2013) basándose en el Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería definió las unidades de competencia como las unidades que definen las grandes funciones para el desempeño de la actividad del profesional de enfermería y su definición parte de dichas funciones y del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

En relación con estas funciones, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (2014) define lo siguiente: “ los profesionales sanitarios desarrollan, entre otras, funciones en los ámbitos asistenciales, investigadoras, docentes, de gestión clínica, de prevención y de información y educación sanitaria”. (Título 1, artículo 4.3)

El objetivo de definir estas unidades de competencia, partiendo de cada función, fue para aproximar dichas funciones al contexto asistencial en el que se deben aplicar las competencias profesionales y el objetivo de definir las partiendo del PAE fue por considerar el PAE como la base del ejercicio de nuestra profesión ya que es la aplicación del método científico a la práctica enfermera que permite a los profesionales prestar los cuidados que demande el paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada, lógica y sistemática (Mendoza Pérez, 2020).

A continuación, se definen brevemente estas funciones de enfermería y las unidades de competencia que según Gómez del Pulgar (2013) las constituyen:

1. Función Asistencial: En esta función se integra la responsabilidad de las enfermeras de proporcionar de forma individual o de forma coordinada dentro de un equipo de

salud, los cuidados propios de su competencia al individuo, a la familia y a la comunidad, de modo directo, continuo, integral e individualizado, mediante una formación y una práctica basada en principios de equidad, accesibilidad y cobertura de la atención.

Para esta función Gómez del Pulgar (2013) definió tres unidades de competencia (UC):

- **UC1: Valoración y diagnóstico**
- **UC2: Planificación de cuidados**
- **UC3: Intervención de Enfermería**

2. Función de investigación: Aquella que permite contribuir al desarrollo profesional, mediante el mejoramiento profesional, la divulgación de resultados de investigaciones y la formación continua, con el fin de mejorar la salud de la población.

Para esta función, Gómez del Pulgar (2013) definió la unidad de competencia, **UC4: Desarrollo Profesional.**

3. Función de Gestión: Incluye participar en la planificación de acciones individuales, interdisciplinarias e intersectoriales teniendo en cuenta los diferentes niveles asistenciales de atención con el objetivo de velar por la calidad de los cuidados dirigidos a las personas y a su entorno afectivo. Para esta función se definió la Unidad de Competencia, **UC5: Gestión de los cuidados**

4. Función docente: Incluye la función de tener un cuerpo de conocimientos y la necesidad de transmitirlos. Se refiere a la educación sanitaria a personas, familias, comunidad y educación del equipo sanitario.

Para esta función se definió una Unidad de Competencia, **UC6: Educación Sanitaria**

En la siguiente tabla 8, se muestran las Unidades de competencia que según Gómez del Pulgar (2013) definen las grandes funciones para el desempeño de la actividad del profesional de enfermería y que se tendrán en cuenta en esta investigación para describir y analizar la competencia toma de decisiones en el contexto de atención al paciente crónico con necesidades complejas:

Tabla 8. Relación entre Funciones del Profesional de Enfermería y Unidades de Competencia

RELACIÓN ENTRE FUNCIONES DE ENFERMERÍA Y UNIDADES DE COMPETENCIA	
ASISTENCIA	UC1: Valoración y Diagnóstico UC2: Planificación UC3: Intervención de Enfermería UC4: Evaluación
INVESTIGACIÓN	UC5: Desarrollo Profesional
GESTIÓN	UC6: Gestión de cuidados
DOCENCIA	UC7: Educación Sanitaria
TRANSVERSALES	UC8: Comunicación terapéutica y relación interpersonal UC9: Responsabilidad, práctica ética y práctica jurídica

Fuente: Tesis Doctoral de la Dra. Gómez del Pulgar (2013). (UC1, UC2, UC3, UC4 definidas por Gómez de Pulgar (2013) y UC5, UC6, UC7, UC8 y UC9 definidas por el equipo investigador de esta investigación.

A continuación, se explican las nueve unidades de competencia que definen las funciones del profesional de Enfermería. Estas definiciones se fundamentan en el Marco de Competencias del Consejo Internacional de Enfermería para la enfermera generalista y en base algunas definiciones realizadas por Gómez de Pulgar (2013) en su tesis doctoral:

UC1: Valoración y Diagnóstico: Significa obtener y valorar datos procedentes de la entrevista clínica con el paciente crónico y su entorno afectivo o procedentes de otras fuentes de información, con el objetivo de realizar una valoración de las necesidades, aproximarnos a la identificación de problemas de salud reales y potenciales y realizar en función de las necesidades detectadas los diagnósticos enfermeros oportunos.

UC2: Planificación: Incluye la elaboración de un plan de actividades específico para cada problema formulado analizando y seleccionando las estrategias metodológicas más adecuadas, en función del diagnóstico realizado y los objetivos planteados.

UC3: Intervenciones de Enfermería: Significa ejecutar las intervenciones diseñadas, teniendo en cuenta que deben ser las más adecuadas para el paciente con necesidades complejas y su entorno afectivo tanto para resolver sus problemas de salud como para prevenir complicaciones.

UC4: Evaluación: Planificar, elaborar y aplicar un plan de evaluación que permita, por un lado, realizar un seguimiento de los cuidados aplicados y verificar la calidad de la asistencia, aplicando las mejores técnicas basadas en la evidencia. Por otro lado, es

importante en este tipo de pacientes evaluar la calidad de la toma de decisiones para incluir mejoras oportunas si es necesario.

UC5: Desarrollo profesional: Actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de las enfermeras ante el avance del conocimiento, las demandas y necesidades tanto de los pacientes crónicos en situación de complejidad como de la sociedad y del mismo sistema sanitario en el que se desarrollan su función. Esta unidad de competencia incluye el desarrollo de las competencias profesionales mediante la formación continua, fomentando la cultura participativa, el ejercicio autónomo y reflexivo.

UC6: Gestión de cuidados: Planificar, organizar, coordinar, ejecutar y evaluar los servicios de enfermería dirigidos a los pacientes con necesidades complejas y a su entorno afectivo teniendo en cuenta la complejidad de cuidados que precisan estos pacientes en los diferentes niveles asistenciales en los que son atendidos.

UC7: Educación Sanitaria: Planificar e implementar acciones tanto para detectar de forma precoz problemas de salud como para evitar, retardar o reducir la aparición de complicaciones. Son acciones dirigidas a los pacientes y familias tanto en períodos de convalecencia como en períodos de invalidez o cronicidad avanzada, siempre con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente, prevenir complicaciones y limitar, si es posible, la incapacidad física, psíquica y social de la persona.

UC8: Comunicación terapéutica y relación interpersonal: Desarrollar relaciones terapéuticas utilizando habilidades comunicativas y de relaciones interpersonales con los pacientes y con su entorno afectivo. Dicha comunicación y relación debe permitir transmitir información pertinente, precisa y completa acerca del estado de salud del paciente ya sea de forma oral, escrita o por medios electrónicos, utilizando de forma eficaz la tecnología de la información disponible.

UC9: Responsabilidad, práctica ética y práctica jurídica (valores y actitudes): Aceptar el deber de rendir cuentas y ser responsable de sus propios juicios y actos profesionales ejerciendo de manera conforme con el Código Deontológico y la legislación pertinente, participando eficazmente en la adopción ética de las decisiones respetando la cultura, los valores y creencias de las personas.

Como se ha comentado al inicio de este apartado, además de las unidades de competencia también son elementos clave de una competencia profesional los **resultados de aprendizaje**, entendiendo éstos como “declaraciones de lo que se espera que un profesional conozca, comprenda y/o sea capaz de hacer al final de un periodo de aprendizaje” (Mackenna, Young, Baumann y Maguire, 2005, p.29). Los resultados de aprendizaje están directamente relacionados con los logros de los profesionales, son evaluables y con frecuencia observables. A su vez, ofrecen claridad y transparencia y se aconseja que para su definición se utilice la frase “La/el enfermero/o será capaz de...” seguido de un verbo y una acción que demuestre lo que se pretende evidenciar. Cada resultado de aprendizaje contiene una definición que incluye las principales intervenciones y actuaciones enfermeras que la configuran y las conductas que conforman los criterios de valoración de la ejecución competencial y está formado por un verbo de desempeño, un objeto, una finalidad y una condición de calidad.

A cada uno de estos resultados de aprendizaje, según Tobón (2006) le corresponde:

1. **Un nivel de competencia o dominio** que incluye los diferentes niveles de adquisición de dicho resultado de aprendizaje, entendiendo el nivel máximo como aquel profesional experto tanto por su conducta alcanzada como por el grado de conciencia que muestra de la competencia (de la Mano y Moro, 2009). Labruffe (2008, p.44) detalla 4 grados de dominio:
 - **Grado 1:** dominio o práctica débil o torpeza en enumerar conocimientos o realizar prácticas
 - **Grado 2:** conocimiento dudoso o ejercicio poco hábil
 - **Grado 3:** conocimientos y prácticas adquiridos se demuestran con comodidad y fluidez.
 - **Grado 4:** dominio de conocimientos y prácticas o visualización precisa.
2. **Problemas e incertidumbres:** Son problemas que se pueden presentar en el entorno y que la persona debe estar preparada para resolver partiendo de la competencia establecida. Las situaciones de incertidumbre generalmente van asociadas al desempeño de la competencia profesional y deben ser afrontadas

mediante estrategias, teniendo en cuenta que las competencias siempre se evalúan a partir del análisis de problemas del contexto.

- 3. Evidencias:** Son las pruebas necesarias para juzgar y evaluar la competencia de una persona acorde con los indicadores de desempeño y los niveles de logro en el contexto de unas condiciones determinadas (Huerta Rosales, 2018). Son las pruebas más importantes que debe presentar la persona para demostrar el dominio de los resultados de aprendizaje.

En la siguiente tabla 9 se muestran las partes integrantes de los resultados de aprendizaje:

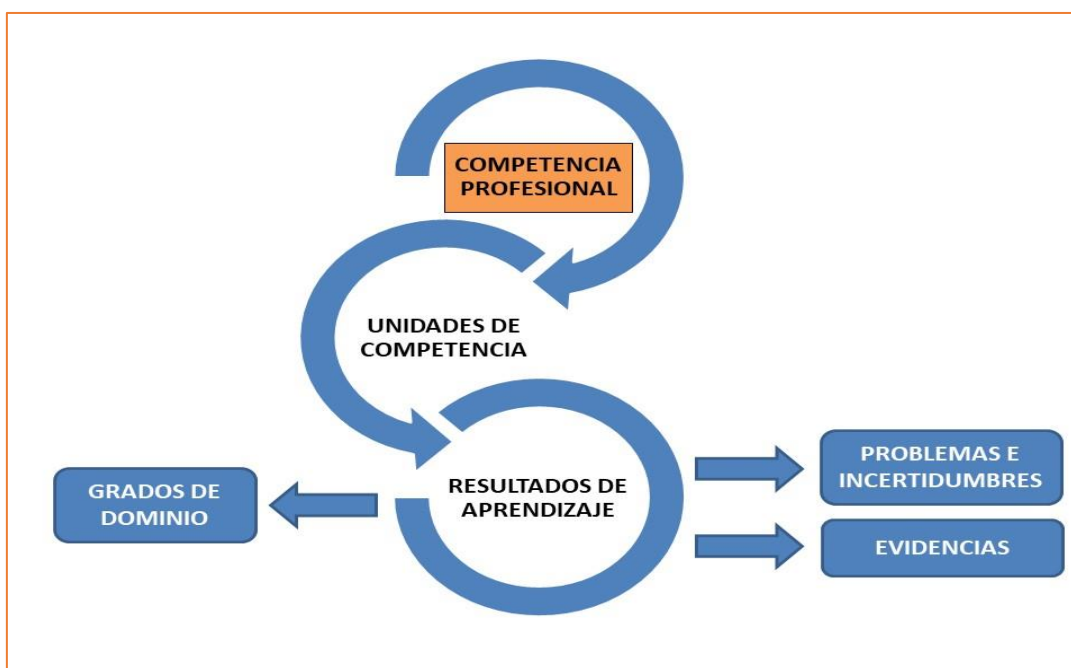
Tabla 9. Partes integrantes de los resultados de aprendizaje

VALOR DE DESEMPEÑO	CONTEXTO EN EL QUE SE DESEMPEÑAN	FINALIDAD	CONDICIÓN DE CALIDAD
Se inicia con un verbo en acción. Indica una habilidad procedimental.	Ámbito o ámbitos en los cuales recae la acción.	Propósitos de la acción.	Conjunto de parámetros que buscan asegurar la calidad de la acción o actuación.
*Se recomienda un solo verbo. *Deben reflejar acciones observables *Verbo en infinitivo, aunque puede estar en presente.	El ámbito sobre el cual recae la acción debe ser identificable y comprensible por quien lea la competencia.	*Puede haber una o varias finalidades. *Se sugiere que las finalidades sean generales.	Debe evitarse la descripción detallada de criterios de calidad dado que este apartado se debe desarrollar cuando se describa la competencia.

Fuente: Elaboración propia, adaptada de Tobón (2006)

En la Figura 4 se ejemplifican los elementos básicos de las competencias profesionales comentados anteriormente. Estos elementos son los que se utilizarán en esta investigación para describir las competencias asociadas a la práctica enfermera y a la toma de decisiones en el contexto de atención al paciente crónico con necesidades complejas:

Figura 4. Estructura de las competencias profesionales



Fuente: Elaboración propia en base a Alexander y Runciman, (2003); Tobón (2006); De la Mano y Moro (2009); Gómez del Pulgar (2013) y Blanié, Roulleau, Mengelle, y Benhamou, 2017. Elaboración propia.

La toma de decisiones en enfermería como competencia profesional

Como se ha visto en apartados anteriores, las competencias profesionales del colectivo de enfermería es indispensable que partan de un enfoque integrador y multidimensional con el objetivo de dar respuesta a las necesidades de los pacientes, cuidadores y del entorno asistencial en el que se trabaja.

Según el Libro Blanco de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA, 2005), entre “las competencias a las que debe responder el perfil profesional de las personas tituladas en Enfermería se encuentran las competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas”, las cuales “suponen entre otros, emitir juicios y decisiones clínicas sobre la persona sujeto y objeto de cuidados, que deben basarse en valoraciones integrales, así como en evidencias científicas. Significa también mantener la competencia mediante la formación continuada” (p.68).

Tal y como se ha comentado anteriormente, el Libro Blanco de Enfermería clasifica, tomando como referencia el proyecto Tuning, las competencias correspondientes al Título de Grado en Enfermería en 30 **competencias genéricas o**

transversales, siendo una de ellas la competencia toma de decisiones. En el estudio Tuning, después de realizar 2176 encuestas el 32,6% de los docentes universitarios, el 16,2% de las direcciones de enfermería y el 48% de los profesionales de enfermería determinó que, de las 30 competencias genéricas analizadas, la competencia toma de decisiones era considerada una de las diez más importantes. En la tabla 10 se pueden observar las 10 competencias ordenadas de mayor a menor grado de importancia en la práctica asistencial de un profesional de enfermería, así como las diferencias significativas entre los tres colectivos que participaron, docentes universitarios, enfermeros/as asistenciales y directoras de enfermería. De estas diferencias cabe resaltar que todas las competencias, excepto la competencia toma de decisiones, fueron valoradas como importantes por los docentes por encima de la opinión de los profesionales asistenciales y de los directivos. La competencia toma de decisiones fue la única competencia que fue considerada más importante según los directivos.

Tabla 10: Competencias genéricas ordenadas de mayor a menor grado de importancia en la práctica asistencial de un profesional de enfermería según la opinión de docentes universitarios, enfermeros/as asistenciales y directores/as de enfermería.

COMPETENCIAS GENÉRICAS/TRANSVERSALES		Diferencias entre grupos participantes en relación con el grado de importancia
1	CG2 Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica	Valoración ligeramente superior por parte de los docentes
2	CG17 Trabajo en equipo	Sin diferencias
3	CG30 Motivación	Sin diferencias
4	CG28 Compromiso ético	Los docentes la consideran de mucha importancia superando en un 15% a los asistenciales y en 8% a los directivos
5	CG15 Resolución de problemas	Sin diferencias
6	CG5 Conocimientos básicos de la profesión	Valoración ligeramente superior por parte de los docentes
7	CG20 Capacidad para trabajar en un equipo multidisciplinar	Valoración algo superior por parte de los docentes
8	CG16 Toma de decisiones	Valoración algo superior (9%) por parte de los directivos
9	CG13 Capacidad para adaptarse a nuevas situaciones	Valoración algo superior por parte de los docentes
10	CG12 Capacidad crítica y autocrítica	Los docentes la consideran de mucha importancia superando en un 18% a los asistenciales y en 13% a los directivos

Fuente: Libro Blanco de Enfermería, adaptada del Proyecto Tuning Enfermería (2005).

Ante las competencias que aparecen en la Orden CIN y en la Directiva del Parlamento Europeo, descritas en el apartado anterior, cabe decir que ninguno de los dos documentos contempla de forma explícita la competencia toma de decisiones en los profesionales de enfermería. Si que es cierto que se contempla incluida en otras competencias y a raíz de ello se plantean ciertas reflexiones al respecto:

¿Se puede ser competente en la competencia de compromiso ético sin serlo en la competencia Toma de Decisiones? ¿Se puede ser competente en la competencia resolución de problemas sin serlo en la competencia toma de decisiones y en la competencia de pensamiento crítico? Con estas preguntas nos planteamos la teoría que las competencias genéricas se retroalimentan entre ellas y es por ello por lo que no se puede pretender desarrollarlas en la enfermera de forma independiente.

Un ejemplo de la relación existente entre algunas de las competencias genéricas mencionadas es que el proceso de toma de decisiones (CG16) es considerado como el punto final del pensamiento crítico (CG12), entendiendo pensamiento crítico como “el proceso de búsqueda de conocimiento, a través de las habilidades de razonamiento, solución de problemas y toma de decisiones, que nos permite lograr, con la mayor eficacia, los resultados deseados” (Saiz y Rivas, 2008, (p.5). El pensamiento crítico, por tanto, implica una inferencia, un razonamiento a partir del cual se analiza la información disponible para decidir y dar solución a un problema (CG15) y todo ello a partir de unas actitudes y unos valores respetuosos con los derechos universales y los valores democráticos que es lo que se entiende como compromiso ético (CG28) (Alsina Masmitjà et al., 2013; Montes Berges, 2011).

El Libro Blanco de Enfermería, basándose en el proyecto Tuning, es el único documento que contempla la competencia toma de decisiones tanto como una competencia genérica como una competencia específica y con entidad propia. Se describe de forma explícita en dos grupos de competencias; el Grupo II (Tabla 11) de competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones y el Grupo IV (Tabla 12) de competencias cognitivas en la que se incluye la competencia 24 en relación con el conocimiento relevante y la capacidad para aplicar la resolución de problemas y la toma de decisiones. En la Tabla 11 y 12, se detallan las competencias específicas de cada grupo:

Tabla 11. Competencias específicas asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas.

GRUPO II: Competencias específicas asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas
Capacidad para emprender valoraciones exhaustivas y sistemáticas utilizando las herramientas y marcos adecuados para el paciente, teniendo en cuenta los factores físicos, sociales, culturales, psicológicos, espirituales y ambientales relevantes
Capacidad para reconocer e interpretar signos normales o cambiantes de salud-mala salud, sufrimiento, incapacidad de la persona (valoración y diagnóstico).
Capacidad para responder a las necesidades del paciente planificando, prestando servicios y evaluando los programas individualizados más apropiados de atención junto al paciente, sus cuidadores y familias y otros trabajadores sanitarios o sociales.
Capacidad para cuestionar, evaluar, interpretar y sintetizar críticamente un abanico de información y fuentes de datos que faciliten la elección del paciente.
Capacidad de hacer valer los juicios clínicos para asegurar que se alcanzan los estándares de calidad y que la práctica está basada en la evidencia.

Fuente: Libro Blanco. Título de Grado de Enfermería. Agencia Nacional de la Evaluación de la Calidad y Acreditación, 2005.

Tabla 12. Competencias específicas asociadas al conocimiento y competencias cognitivas.

GRUPO IV: Conocimiento y competencias cognitivas
Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar teorías de enfermería y práctica enfermera
Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar ciencias básicas y de la vida.
Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar ciencias sociales, del comportamiento y de la salud.
Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar ética, legislación y humanidades.
Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar tecnología e informática a los cuidados de salud.
Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar política nacional e internacional
Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar resolución de problemas y toma de decisiones.
Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar principios de investigación e información.

Fuente: Libro Blanco. Título de Grado de Enfermería. Agencia Nacional de la Evaluación de la Calidad y Acreditación, 2005

Como se ha visto en este apartado algunos documentos vigentes no describen la competencia toma de decisiones como competencia explícita si no implícita en la definición de otras competencias, otros la describen como competencia no solo genérica si no también específica, otros como el Proyecto Tuning de sus tres categorías de competencias genéricas que describe, instrumentales, interpersonales y sistémicas, la incluye como competencia genérica instrumental porque requiere de habilidades cognoscitivas, capacidades metodológicas y destrezas personales, tecnológicas y lingüísticas. Teniendo en cuenta esta variedad de opiniones, muchos son los autores que cuestionan la clasificación de las competencias. Prades (2006), por ejemplo, comenta que todas las categorías que se describen en el Proyecto Tuning, tienen

aspectos muy relacionados entre sí y no se acaba de entender en base a qué criterios realizaron la diferenciación de cada categoría y comenta en sus publicaciones que la competencia toma de decisiones también podría estar incluida en el grupo de competencias interpersonales dado que requiere de habilidades sociales y también podría ser considerada una competencia sistémica dado que requiere aproximarse a la realidad desde su complejidad.

Otros autores como De Miguel (2005), al referirse a la clasificación de competencias genéricas y específicas comenta que el verdadero crecimiento de los profesionales se produce con la integración de diversas actuaciones que afectan tanto a lo específico como a lo genérico y que, por tanto, no tiene sentido formar a los profesionales mediante módulos formativos separados que desarrollen competencias distintas. Explica que ni en lo profesional ni en lo personal se separan los componentes de las competencias (conocimientos y habilidades de actitudes y valores) sino que más bien tienden a agruparse y que, por tanto, clasificar las competencias no es lo más importante, si no entender lo que se nos pide en nuestro día a día y sobre todo saber cómo evaluarlo.

Es por ello por lo que en esta investigación no se considerará la competencia toma de decisiones ni competencia genérica ni competencia específica, sino como una competencia de la práctica asistencial y de desarrollo profesional, individual y colectiva a la vez, integrada por componentes técnicos, metodológicos, éticos, sociales y participativos en la que están estrechamente unidos los componentes genéricos y los específicos del ámbito profesional en el que la persona desarrolla su trabajo.

A modo de resumen,

Se inicia este capítulo enmarcando las competencias como el elemento esencial de la adaptación de las titulaciones al Espacio Europeo de Educación Superior que facilitan la profesionalización, capacitación y cualificación de los profesionales que les permite ser competentes, autónomos y capaces de actuar en la sociedad emergente en la que vivimos. Así mismo, se ha llevado a cabo un análisis de las diferentes definiciones de competencia profesional y se ha propuesto una nueva definición que considere tanto variables empresariales como variables pedagógicas. Con ello, se consigue un hecho indispensable que es aproximar la teoría (docencia) con la práctica (empresa), para garantizar, no sólo el aprendizaje, sino su transferencia en el ámbito laboral. Se concluye de este análisis que las competencias profesionales son un conjunto de elementos combinados (conocimientos, habilidades, actitudes y valores) que se integran atendiendo a una serie de atributos personales (capacidades, aptitudes, motivación, rasgos personales, responsabilidad y creatividad) y a unos recursos del entorno, tomando como referencia la sinergia de las experiencias personales y profesionales con las capacidades grupales para transferirlas y manifestarlas mediante determinados comportamientos y buenas prácticas en el contexto laboral, entendiendo como buena práctica el comportamiento observable de una competencia profesional.

Para entender qué significa ser competente, es importante conocer las dimensiones que forman las competencias profesionales, llegando en este capítulo a reflexionar, desde un enfoque integrador y multidimensional, sobre todas y cada una de las dimensiones que forman una competencia profesional, analizadas todas ellas desde la perspectiva del colectivo de enfermería.

Las competencias profesionales de enfermería son descritas, tanto en los planes docentes como en los profesionales, de manera distinta en diversos documentos vigentes en la actualidad. En este capítulo se han revisado las competencias que habilitan a los profesionales de enfermería para su práctica profesional y que se describen en la ORDEN CIN/2134/2008, la directiva europea y Libro Blanco de Enfermería.

Muchas de estas competencias descritas son de difícil comprensión ya que muchas de ellas, no se consideran el contexto en el que se aplican y no contemplan los elementos principales que son los resultados de aprendizaje. Estos describen más concretamente lo que el profesional debe conocer, comprender y ser capaz de hacer en su práctica profesional.

Considerando todos estos elementos anteriores, finalizamos el capítulo profundizando en el concepto de la competencia profesional enfermera toma de decisiones de la que se ha analizado su definición, su clasificación como competencia transversal instrumental y su asignación al grupo de competencias específicas asociadas a la práctica enfermera concluyendo que en esta investigación no se considerará la competencia toma de decisiones ni competencia genérica ni competencia específica, sino como una competencia de la práctica asistencial y de desarrollo profesional, integrada por componentes técnicos, metodológicos, éticos, sociales y participativos en la que están estrechamente unidos los componentes genéricos y los específicos del ámbito profesional en el que la persona desarrolla su trabajo.

CAPÍTULO 2

3.2 TOMA DE DECISIONES EN ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO CON NECESIDADES COMPLEJAS

“La decisión es un cuchillo afilado que corta limpio y recto; la indecisión, es un cuchillo embotado que hace trizas y desgarras, y deja bordes irregulares detrás de él”

(Gordon Graham)

La toma de decisiones en salud

Tomar una decisión implica el proceso de elegir entre diferentes alternativas de acción, donde se seleccionan aquellas alternativas que se perciben como más efectivas para lograr los resultados esperados y evitar los no deseados. El ambiente sanitario se caracteriza por enfrentar permanentemente situaciones decisionales, lo que puede ser potencialmente difícil, particularmente cuando el curso del tratamiento o de la enfermedad es incierto o cuando la decisión implica realizar continuamente valoraciones entre riesgos y beneficios (O'Connor A y Jacobsen, 2007).

Según Standing (2007), la toma de decisiones es “un proceso complejo que implica el procesamiento de información, el pensamiento crítico, la evaluación de evidencias, la aplicación de conocimiento relevante, habilidades para resolver problemas, reflexión y juicio clínico para seleccionar el mejor curso de las acciones que optimice la salud del paciente y disminuya cualquier daño potencial”(p.258) . Pérez-Fuillerat, Solano-Ruiz, y Amezcua, 2019 añaden a esta definición que el proceso decisorio además de complejo es permanente y muchas veces intuitivo y consiste en crear opciones que sostengan la decisión. Una de las herramientas que propone para crear dichas opciones y que cada vez es más compartida por otros autores es la intuición o conocimiento tácito de quien debe formar parte de esta toma de decisiones.

La toma de decisiones en salud es un fenómeno de naturaleza compleja y multivariada (O'Connor et al., 1999; 2003). Se produce básicamente por la existencia de

un problema, con diferentes alternativas de solución, grados de complejidad, posibles resultados y consecuencias entre las cuales se debe elegir. Este problema decisional, además, va a estar condicionado por las particularidades del paciente (estado físico, psicológico, valores, expectativas, percepción de riesgo etc.) y por las del contexto (urgencia, tiempo, información existente etc.) (Goethals, Gastmans, y de Casterlé, 2010). Todos estos elementos interactúan y se afectan mutuamente, influyendo en el desarrollo del proceso deliberativo y en la decisión final (Stacey et al., 2014).

Resumiendo se puede decir que la toma de decisiones en salud requiere claridad sobre los criterios de eficiencia y equidad, el desarrollo de una base de evidencia adecuada, la aplicación de una metodología apropiada, un proceso deliberativo transparente y la participación de todos los grupos de interés relevantes (Epstein, Bermúdez-Tamayo, Cantarero, Negrín Hernández, y Álvarez-Dardet, 2018).

Conflicto decisional y dilema ético en el ámbito de la salud

La literatura científica utiliza conceptos semejantes al término toma de decisiones como son el conflicto decisional o el dilema ético. En este apartado se pretende analizar la relación existente entre estos tres términos para clarificar sus diferencias y conocer cómo influyen cada uno de ellos en el proceso de tomar una decisión.

O'Connor, Jacobsen, y Stacey (2002) definen el **conflicto decisional** como aquella incertidumbre acerca de qué alternativa escoger cuando las diferentes alternativas significan riesgos, pérdidas o rechazo a los valores personales. Explican en su artículo que la primera manifestación del conflicto decisional es la expresión verbal de la incertidumbre frente a una decisión y sus posibles resultados. También añaden que un conflicto decisional se puede producir porque las posibles soluciones al problema de salud pueden producir simultáneamente resultados deseados y no deseados (O'Connor et al., 2007). Según estas autoras, las manifestaciones de conflicto varían de una persona a otra, pero las más comunes son:

- ✓ Incertidumbre acerca de la opción
- ✓ Preocupación acerca de resultados no deseados
- ✓ Vacilar entre varias opciones

- ✓ Posponer la decisión
- ✓ Cuestionar los valores personales involucrados en la decisión
- ✓ Preocuparse por la decisión a tomar
- ✓ Mostrar síntomas de angustia y tensión

Mendoza, Jofré, y Valenzuela (2006) añaden además que los factores que contribuyen al conflicto decisonal surgen de dos orígenes:

- ✓ Factores internos de la propia decisión cuando se enfrentan las ventajas y desventajas de la alternativa elegida.
- ✓ Factores externos que rodean la difícil decisión. Los más comunes son:
 - Falta de conocimiento acerca de las opciones disponibles.
 - Expectativas no realistas acerca de los probables resultados de las diferentes opciones
 - Poca claridad sobre el deseo personal de los resultados de la alternativa elegida.
 - Percepciones no claras de otros involucrados en la decisión.
 - Presión social para escoger una alternativa.
 - Falta de apoyo personal.
 - Falta de seguridad en sí mismo.
 - Falta de recursos del entorno.

Mendoza et al. (2006) explica que las fuentes de conflicto generalmente están asociadas a intervenciones clínicas que pueden ser de tres tipos:

- ✓ Intervenciones clínicas de cuidados estándar: La elección está basada en una fuerte evidencia de la efectividad. Además, existe consenso general sobre la validez de la intervención: por ejemplo, realizar cambios posturales en pacientes crónicos complejos con riesgo de sufrir lesiones por presión.
- ✓ Intervenciones clínicas de guía: Son intervenciones ante las cuales, tanto el equipo de salud como los usuarios tienen dudas, a pesar de que la evidencia acerca de sus resultados es conocida: por ejemplo, administrar líquidos con espesante a un paciente crónico complejo afectado de disfagia.

- ✓ Intervenciones clínicas de opciones: Una intervención puede ser que haya tenido resultados conocidos o desconocidos y en base a ello se decide tomar la decisión o no. Por ejemplo, administrar líquidos por vía subcutánea para la prevención y tratamiento de la deshidratación en pacientes con disfagia y demencia avanzada.

Atendiendo a lo comentado en el apartado 1 sobre el concepto toma de decisiones y lo explicado en este apartado sobre el conflicto decisional, veremos qué relación establecen ambos conceptos con el concepto dilema ético.

Como muestra la figura 5 toda toma de decisiones parte de la **incertidumbre** que genera un **conflicto decisional** (O'Connor et al., 2007). Cuando la decisión implica conflictos éticos (principios éticos) y conflictos morales (valores) se habla de **problema ético**, considerándose dilema ético cuando la decisión es entre dos proposiciones contrarias (del latín *dilemma*, dos premisas). Un **dilema ético** es una situación donde los principios morales que guían la conducta no permiten determinar de manera evidente lo correcto o incorrecto ante dos posibles cursos de acción (Ruiz-Cano et al., 2015). Se podría decir que el dilema ético surge cuando el profesional tiene dos alternativas de actuar, frente a una situación que plantea un asunto moral relacionado con la responsabilidad que tiene con el paciente, y comprende principios éticos y valores. Existe un dilema ético cuando las circunstancias de la práctica presentan un conflicto de estos principios; por ejemplo, un conflicto entre el principio de beneficencia y autonomía sería el caso de administrar sedantes a un paciente afectado de demencia para tratar un estado de agitación. Los sedantes disminuirán su agitación, pero a su vez, limitarán su estado de autonomía. Y un conflicto de valores sería, por ejemplo, el valor de la vida, en el caso de ser distinto el deseo del paciente, el deseo de los familiares y lo que opina el equipo de salud. Aun así, (Gracia y Pose, 2011), defienden que los problemas no se deberían plantear de forma dilemática sino problemática para tener más opciones de argumentación y deliberación.

Figura 5. Relación entre toma de decisiones, conflicto decisional y dilema ético



Fuente: Basada en los autores O'Connor y Jacobsen (2007), Gracia y Pose, (2011), Ruíz-Cano et al. (2015).

Los **conflictos morales**, cada vez más frecuentes, que se presentan sobre todo en la atención a los enfermos crónicos con necesidades complejas, han conllevado la necesidad de generar un espacio y un contexto para la discusión de los problemas éticos que se presentan en estos pacientes. Como explica Ruiz-Cano et al. (2015), la Ética Clínica es el campo de estudio que permite este espacio y reflexión y Junga-Kim (2019) añade, que además de ser una subdisciplina de la ética biomédica, la ética clínica permite dicha reflexión porque contempla la investigación, la educación y la práctica directamente relacionadas con la atención al paciente. En este campo, ambas autoras consideran sinónimos de la ética clínica los conceptos de “ética aplicada” y “ética práctica”. El motivo de ello es que ambas definiciones intentan orientar nuestra forma de actuar en función del contexto en el que nos encontramos.

Lo que interesa conseguir mediante la **ética aplicada** es resolver, o al menos, tener la capacidad de resolver los problemas éticos a los que nos enfrentamos en nuestro día a día, teniendo en cuenta matices ya que la ética práctica permite la existencia de varias posibilidades de solucionar los problemas pero niega que todas ellas puedan ser consideradas válidas (Dordoni, 2007) . En relación a ello, Geisler y Allwood, (2015) explican que la ética práctica parte de la premisa que todo problema complejo se puede simplificar en base a subdividir dicho problema en pequeños problemas

abordables que permitan una decisión clara, la mejor, pero que no tiene en cuenta el hecho de que cada subproblema está interrelacionado entre sí y una buena respuesta a un subproblema puede empeorar otro subproblema incrementando la complejidad global de la situación. Por tanto, ante problemas complejos no existen soluciones buenas o malas sino mejores o peores que a su vez, muy probablemente, generaran nuevos problemas. Esto ocurre porque la raíz del problema complejo no es estable, las decisiones tomadas no son sostenibles en el tiempo y cualquier decisión puede comportar la aparición de nuevos problemas que deberán ser abordados en un contexto de complejidad indivisible e inseparable de la persona, de sus voluntades, preferencias y valores.

Ante este contexto de complejidad es indispensable disminuir al máximo la incertidumbre del proceso de decisión conociendo no sólo las características del paciente (estado físico, psicológico, valores, expectativas, percepción de riesgo, etc.), sino también las características del contexto (situación familiar, urgencia, información existente, etc.), y las características de quien debe tomar la decisión (valores, información de la que dispone, experiencia profesional, etc.) (Goethals et al., 2010; Ruiz et al., 2013; Stacey et al., 2017).

A veces, se puede disminuir el peso de la incertidumbre, aceptándola como condición del proceso de decisión humano, pero a veces, sobre todo cuando hay una confrontación abierta entre otras opciones es la misma incertidumbre la que permite tomar la decisión y es cuando nos arriesgamos. Lo que ocurre es que cuando la incertidumbre es generada por dificultades en el pronóstico, los profesionales tienden a responder con una atención dicotómica *¿candidato a tratamiento activo o paliativo?* La razón a esta acción es pensar que los objetivos de curar y alargar la vida son incompatibles con el objetivo de disminuir el sufrimiento y la calidad de vida (Amblàs-Novellas, 2016). Esta incertidumbre también puede desencadenar lo que se denomina parálisis pronóstica. Este concepto se refiere a que, en caso de duda, se administre toda la intensidad posible de "tratamiento activo" conllevando a que pacientes con patologías crónicas y necesidades complejas reciban tratamientos agresivos hasta etapas avanzadas, sin iniciar tratamiento sintomático hasta que el pronóstico sea claro y muchas veces con muerte inminente. Esta situación ocurre cuando la incertidumbre

supera las capacidades del profesional o de la propia persona para hacerle frente, haciéndola sentir incapaz para tomar la decisión que es mejor para la situación y optando por hacer todo lo posible (Murray, Boyd, y Sheikh, 2005).

Se concluye este apartado resaltando la incertidumbre como premisa básica a la toma de decisiones; es decir, siempre existe incertidumbre antes de decidir y ésta se puede negar o aceptar y todo ello dependerá del contexto en el que se debe tomar la decisión y sobre todo de las emociones, valores y preferencias de quienes tienen que decidir.

En el próximo apartado profundizaremos en las premisas básicas en que se fundamentan los modelos de toma de decisiones más relevantes en el ámbito de la salud.

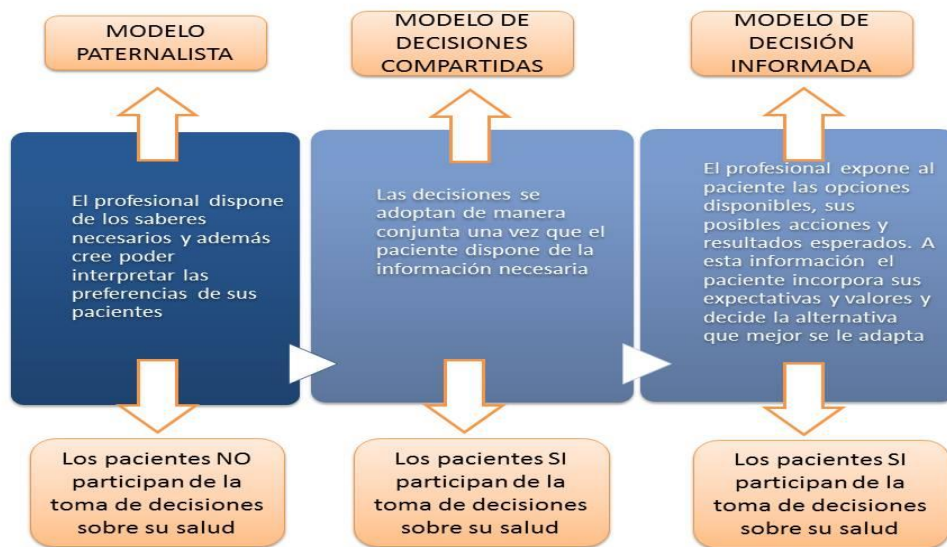
Modelos de la toma de decisiones en salud

Los profesionales de la salud deben adoptar un rol protagonista en los procesos de decisión y para ello es indispensable que desarrollen habilidades para apoyar a sus pacientes en conflictos que ellos deben enfrentar. Es importante que enfermería conozca los diferentes modelos sobre la toma de decisiones que se han ido desarrollando a lo largo de los años para poder ayudar a interpretar las situaciones desde diferentes perspectivas. Como bien define la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias (2000) "Un modelo para la toma de decisiones en salud es un conjunto sistemático de principios que motivan y guían las acciones éticas. Dichos principios, a su vez, sirven para justificar y explicar las acciones" (p.2). Las acciones éticas que llevan a cabo las enfermeras en su actividad profesional tienen siempre un aspecto ético relacionado con el cuidado y todas ellas deben permitir evaluar sus competencias, promover la reflexión sobre su práctica profesional y ayudarles a tomar decisiones para actuar éticamente (Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya, 2013).

La toma de decisiones en salud ha ido cambiando a lo largo de los años. En tiempos de Hipócrates y Galeno y hasta la aparición de la medicina basada en la evidencia la toma de decisiones, respecto a la propia salud, ha sido más paternalista ya que era un proceso que se establecía más por la capacidad y autoridad del profesional que por la capacidad de decisión que podía tener el paciente (Mendoza et al., 2006). En

la actualidad, siguen existiendo profesionales que basan sus decisiones en que el paciente delegue su autoridad en el profesional aunque cada vez más, se considera que para tomar decisiones es imprescindible considerar los valores, deseos y preferencias del paciente como elementos determinantes de las decisiones en salud dando lugar a modelos de toma de decisiones compartidas e informadas (Coulter et al., 2015). Ante este contexto, encontramos a pacientes que desean desempeñar un papel activo en relación con la toma de decisiones y otros que desean mantenerse más al margen. Es por ello, que esta situación favorece la existencia de “**modelos dinámicos de decisiones**” que cómo explican Mendoza, Jofré, y Valenzuela, (2006) recorren grados de interacción y adaptación entre los pacientes y los profesionales, según la situación de salud a la que se enfrenten (Figura 6).

Figura 6. Modelos dinámicos de decisiones.



Fuente: Basado en Mendoza, Jofré, y Valenzuela, S. (2006).

En un extremo está el **modelo paternalista o dirigido**, que como se ha comentado en el apartado anterior, la decisión la toma plenamente el profesional, que es quien dispone del saber y la tecnología, e interpreta también las necesidades y deseos de los pacientes, que no participan en la decisión final. En el otro extremo está el **modelo de decisiones informadas**, en el cual el profesional pone a disposición del paciente toda la información relevante del caso, y deposita en él la responsabilidad de la decisión. En un punto

intermedio se sitúa el **modelo de decisiones compartidas** que lo analizaremos más adelante. En él, el profesional proporciona información basada en la evidencia, el paciente expone sus dudas, preferencias y valores, y el profesional responde facilitando nueva información adaptada que permita encontrar la decisión que mejor se ajuste al caso, convirtiendo a los pacientes en participantes activos e informados.

En el año 2010, un grupo de investigadores canadienses realizaron una revisión sistemática sobre los modelos teóricos de toma de decisiones en salud elaborados entre el 1990 y el 2000 en Canadá, Reino Unido y Estados Unidos. Participaron en la revisión médicos, enfermeras, un sociólogo y un experto en comunicaciones. Todos los modelos concluyeron que la toma de decisiones es un fenómeno que se resuelve de forma compartida entre profesionales y usuarios, pero la mayoría de ellos no partía de un enfoque interprofesional, hecho que dificulta la calidad de la toma de decisiones ya que en la práctica clínica las decisiones deben ser compartidas no únicamente con el paciente sino con todos los profesionales implicados en ella (Wieringa et al., 2017).

En el año 2015, Ruiz-Cano et al. (2015) realizaron una revisión de la literatura que permitió identificar 21 modelos para abordar la toma de decisiones ante dilemas éticos en el ámbito de la pediatría, de urgencias, emergencias y atención primaria. Del análisis de la mayor parte de estos modelos, Ruíz-Cano et al. (2015) concluyeron que es indispensable hacer explícitos los valores, principios y posturas éticas tanto individuales como grupales con el objetivo de afrontar el dilema e intentar resolverlo.

En la Tabla 13 se muestra un breve resumen de las premisas básicas de algunos de los modelos de toma de decisiones en salud analizados en estas dos revisiones (Ruiz-Cano et al., 2015; Wieringa et al., 2017):

Tabla 13. Premisas básicas de los Modelos de Toma de Decisiones en Salud

MODELO	AUTORES	FUNDAMENTO DEL MODELO Y PREMISAS BÁSICAS
Modelo de Ottawa	Mendoza-García, Rico-Herrera y Álvarez-Aguirre (2019)	Modelo que proporciona a los profesionales de la salud una herramienta de intervención que es la "Escala de Conflicto Decisional" que permite medir el grado de acuerdo o desacuerdo con la opción presentada ofreciendo como resultado Conflictos Decisionales Altos o Bajos.
Modelo Diego Gracia	Diego Gracia (2009)	Propone un proceso de deliberación previo al razonamiento moral para analizar las circunstancias y consecuencias de la decisión a tomar.

Modelo SAD	Day (2006)	Integra el pensamiento crítico en el razonamiento moral. Se fundamenta en los pasos "Situación" "Análisis" y "Decisión".
Modelo de Loewenberg y Dolgoff	Dolgoff, Loewenberg y Harrington (2011)	Recomienda una toma de decisiones gradual
Modelo DOER	Meseguer-Liza y Torralba-Madrid (2007)	Método que permite delimitar el conflicto basándonos en valoraciones integrales de salud del paciente y tomar decisiones interdisciplinarias
Modelo de Ferrell, Gresham y Fraedrich	Ferrell, Gresham, y Fraedrich (1989)	Los factores que influyen en la toma de decisiones son factores individuales, factores organizacionales y el entorno social y económico.

Fuente: Elaboración propia adaptado de Ruiz-Cano et al (2015) y Wieringa et al (2017).

El concepto de toma de decisiones de esta investigación se fundamentará en todas las premisas básicas descritas en la Tabla 13 teniendo en cuenta que toda decisión, debe considerar todas y cada una de las premisas de cada modelo.

Además de los modelos explicados hasta ahora, esta investigación se fundamentará en tres modelos más que han empezado a generar interés en los últimos quince años y que son el modelo de **toma de decisiones compartida** (TDC), en inglés *Shared Decision Making*, el modelo de **Planificación anticipada de las decisiones** (PAD), en inglés *Advanced Care Planning* y el modelo de **Atención centrada en la persona** (ACP), en inglés *Patient-centred care* (Institute for Clinical Systems Improvement, 2015).

A continuación, explicaremos cada uno de estos tres modelos, considerados a día de hoy, una apuesta para mejorar la equidad en el acceso al sistema sanitario (Coronado-Vázquez, Gómez-Salgado, Cerezo-Espinosa De Los Monteros, Ayuso-Murillo, y Ruiz-Frutos, 2019), la seguridad y la calidad de la atención (Tirado, 2018) y la sostenibilidad del sistema (Junga-Kim, 2019).

Modelo de Toma de Decisiones compartido (TDC)

La expresión TDC fue definida en primer lugar por la President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, en su informe *Making Health Care Decisions*, que se centró en el consentimiento informado (American Psychiatric Publishing 1982 citado en Barbero, Prados, y González, 2011).

Este informe se publicó hace casi 30 años (1982) y concibe la TDC como un proceso de mutuo respeto y colaboración en que el profesional de la salud y el paciente comparten todas las etapas del proceso de toma de decisiones simultáneamente (Charles 1997, citado en López et al., 2018). Yanzi et al.(2019) añade que la TDC es un proceso mediante el cual el equipo de salud y el paciente trabajan juntos para tomar decisiones preventivas, diagnósticas y terapéuticas, basados en la mejor evidencia clínica disponible y en las preferencias y los valores del paciente.

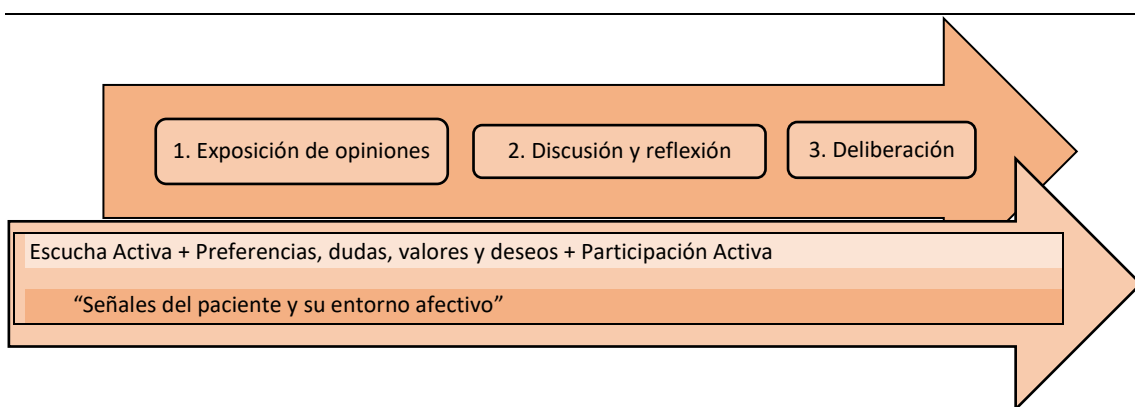
En la literatura, encontramos muchos ejemplos de posibles estrategias para favorecer el proceso de decisiones compartidas, aunque, en esencia, todos incluyen los mismos aspectos a tener en cuenta (López et al., 2018):

- ✓ Desarrollar una relación de confianza con el paciente, basada en la empatía y la calidez y facilitar el discurso del paciente.
- ✓ Explorar y determinar las preferencias del paciente sobre la información que desea recibir (formato, cantidad...).
- ✓ Explorar y determinar las preferencias del paciente acerca de su papel en la toma de decisiones (qué riesgo quiere asumir o qué nivel de participación desea tener tanto él como sus familiares). Los profesionales deberían invitar a los pacientes a participar en el proceso de tomar decisiones para conocer lo que necesitan, apoyarles y ayudarles.
- ✓ Responder a las ideas, preocupaciones y expectativas de los pacientes atendiendo a las «señales» que estos proporcionan.
- ✓ Identificar las opciones (incluidas las ideas y la información que el paciente pueda tener) y valorar la evidencia en el contexto del paciente individual; sin olvidar que no hacer nada también es una opción.
- ✓ Presentar la evidencia y ayudar al paciente a reflexionar y a evaluar el impacto de las alternativas en relación con sus valores y preferencias.
- ✓ Tomar la decisión junto con el paciente y resolver posibles conflictos.
- ✓ Acordar un plan de acción y preparar el seguimiento.

Glyn Elwyn, profesor y médico-investigador en el Instituto de Política de Salud y Práctica Clínica de Dartmouth de EE. UU realizó un estudio en el que preguntó a más de

300 médicos de más de 6 especialidades sobre los pasos a seguir en un proceso de toma de decisiones compartida y estableció tres posibles etapas (Glyn Elwyn et al., 2017). Una primera consistente en la exposición de las diferentes opciones, seguida de una fase de discusión de estas, para, por último, deliberar basándose en las preferencias, dudas, valores y deseos de los pacientes y su entorno afectivo (Figura 7).

Figura 7. Pasos para seguir en un proceso de toma de decisiones compartidas.



Fuente: Elaboración propia, adaptado de Glyn Elwyn et al., 2017)

En este modelo de TDC, el paciente es el “protagonista”, el sujeto fundamental del proceso y el profesional es el “coprotagonista” (García et al., 2013, p.159). Las decisiones se toman de manera compartida anteponiendo la autonomía por delante de la beneficencia. La autonomía del paciente no debe centrarse en la firma de documentos escritos para procedimientos y/o tratamientos de especial riesgo si no que debe centrarse en la reflexión de riesgos-beneficios-valores del paciente ante la toma de decisiones como puede ser decidir sobre si quiere o no quimioterapia con intención paliativa, cirugía paliativa, opiáceos, hacerse otro TAC, ponerse una sonda para alimentarse, conectarse a un respirador, desconectarse de él una vez conectado, morir en su domicilio o en el hospital, etc. Para que una decisión sea plenamente autónoma deben darse las siguientes condiciones: “decisión informada, voluntaria, libre y sin coacción, coherente según sus valores y ejercida por un paciente mentalmente competente” (García Martínez et al., 2013, p.159).

Modelo de Planificación Anticipada de las Decisiones (PAD)

En este contexto, es importante remarcar que el modelo de toma de decisiones compartida resulta más eficaz cuando se ha establecido previamente una **planificación anticipada de las decisiones (PAD)**, en inglés *Advanced Care Planning* (ACP). Este concepto se define como el resultado de un proceso de relación asistencial entre una persona y los profesionales de la salud que permite construir de forma compartida la estrategia para abordar y resolver las decisiones que previsiblemente habrá que tomar cuando aparezcan problemas al final de su vida y no disponga de la capacidad suficiente para firmar un consentimiento informado (Barrio et al 2004 citado en Ortín, Sequero, Domènech, López, y Robles, 2013).

El modelo de TDC junto con el PDA tiene como objetivo preservar el derecho a la autonomía en la toma de decisiones de la persona, conocer de forma anticipada sus necesidades y preferencias, y adaptar la atención en el caso de que la persona se encuentre en una situación de incapacidad transitoria o definitiva para tomar decisiones (Gómez-Batiste, Lasmarías, et al., 2013). A su vez, este modelo facilita la relación terapéutica, la toma de decisiones compartidas y la expresión de acuerdos que favorecen el respeto y la confianza mutua entre profesional y paciente (Coronado Vázquez et al., 2019).

La PAD es un proceso de comunicación en el que las personas planifican para un momento en el que no pueden tomar decisiones por sí mismas. Incluye la reflexión, la deliberación y la determinación de los valores y deseos o preferencias de una persona para tener en cuenta sobre todo en tratamientos al final de la vida. Esta planificación incluye la comunicación entre el paciente y su entorno afectivo, entre los futuros tomadores de decisiones y los proveedores de la atención (Coronado Vázquez et al., 2019). Es conveniente iniciar una planificación cuando hay un descenso, una exacerbación de la enfermedad de base, cuando el enfermo precisa hospitalización por desestabilización, cuando hace una convalecencia para mejorar o cuando está en una situación de fin de vida en el domicilio o en una unidad especializada (Loncán, 2014).

El objetivo de la PAD no es solo explorar estas preferencias y valores de la persona para desarrollar el plan de atención si no también promover un cambio en la

cultura sanitaria con el objetivo de que la persona se sienta escuchada y respetada (Lasmarías et al., 2018). Además, como explica Loncán (2014) mediante la PAD se pueden incorporar aspectos de las valoraciones profesionales sobre la situación vigente para que su aplicación se ajuste a la situación actual y además de aspectos probabilísticos de la toma de decisiones clínicas, como identificar el estado evolutivo de la enfermedad y la previsión pronóstica, hay aspectos cualitativos, como las preferencias implícitas o explícitas del paciente y su grado de competencia que también son su objetivo.

En Cataluña este programa se empezó a implementar en el año 2014 en el contexto de atención a personas con enfermedades crónicas y necesidades complejas. Una de las particularidades del programa fue la integración de la PAD en todos los niveles asistenciales, principalmente Atención Primaria de la Salud como estrategia poblacional y el registro de sus datos en la historia clínica compartida para garantizar su visibilidad por todos los profesionales de la salud.

Lasmarías et al.(2018) describieron la implementación de este programa en Cataluña y apostaron por desarrollar un programa de formación centrado en el desarrollo de habilidades de comunicación y toma de decisiones compartida. La formación enfatizó en el manejo de situaciones ético-clínico complejas en la práctica clínica habitual obteniendo como resultados preliminares la necesidad de implementar la PAD desde un enfoque multidisciplinar, considerarla como pieza clave del modelo de Atención Centrada en la Persona, evaluar y validar la definición de la PAD por Comités de Ética Asistencial y potenciar su registro sistemático. Añadieron también que es indispensable evaluar el impacto del programa tanto en profesionales, como pacientes y cuidadores.

Modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP)

La TDC es un elemento clave del modelo que explicamos a continuación, que es el modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP), considerándose su omisión como una mala praxis profesional (Amblàs-Novellas, 2016).

La ACP no es algo que haya surgido en los últimos años; se atribuye su origen a Carl Rogers, psicoterapeuta humanista que formuló la Terapia Centrada en el Cliente en

1961. La teoría humanista es fundamental a la hora de entender la Atención Centrada en la Persona, ya que pretende alejarse de la idea de que el ser humano es la suma de sus partes para dar lugar a una definición de las personas como seres con experiencia, dignidad o interdependencia, siendo todos ellos valores fundamentales en el Modelo de Atención Centrada en la Persona (Junga-Kim, 2019).

Rubén Yusta formula el Modelo VIPS, con el que pretende desarrollar los elementos clave que componen el modelo de Atención Centrada en la Persona. Según este autor la ACP es igual a la suma de V+I+P+S (Tirado, 2018):

- ✓ V: Valorar y respetar a la persona
- ✓ I: Individualización o trato individualizado a través de un plan de atención individualizada en relación con las necesidades actuales de la persona, las cuales están sujetas a cambios.
- ✓ P: Perspectiva. Se debe comprender la situación de la persona con perspectiva, analizando de forma empática las diferentes reacciones del/de la usuario/a en relación con su entorno y a todas las contingencias que la rodean.
- ✓ S: Entorno Social positivo en el que la persona tenga y perciba bienestar.

Cabe decir que el modelo de Atención Centrada en la Persona no basa su intervención únicamente en el/la paciente, sino que se trata de un método de intervención plural y multifactorial que engloba todos los aspectos relacionados con la atención primaria, especializada y sociosanitaria ya sea dentro o fuera de un centro residencial. Propone actuaciones que mejoran las condiciones del/de la usuario/a, del entorno familiar, de los/as profesionales que trabajan con él/ella y de la propia organización sanitaria (Santana et al., 2018).

Diferentes organismos internacionales como, *Institut of Medicine* o *National Ageing Research Institute* entre otros han reconocido este modelo de la ACP, como un eje clave en la calidad de los servicios avalando la atención centrada en la persona como uno de los ejes que deben incluirse tanto en el diseño de los recursos como en la evaluación de la calidad de los servicios tanto sanitarios como sociales (Martínez, 2016).

Lo que caracteriza principalmente el modelo de atención centrada en la persona, precisamente es, situar a la persona usuaria, en el centro, siendo el actor principal y

agente activo de la organización y el proceso de atención. Este hecho pone de relieve que el centro de atención es la persona, su dignidad, su bienestar, sus derechos y sus decisiones (Santana et al., 2018). Dicho modelo ha de ser el motor de cambio de un sistema de salud clásico a un sistema de salud adaptado a las necesidades de las personas mayores y/o con problemas de salud crónicos. Este motor de cambio está encaminado a reconvertir el sistema de centrado en la enfermedad ha centrado en la persona e individualizado, de paternalista a deliberativo, de reactivo a proactivo y con capacidad de respuesta y de fragmentado a integrado (Figura 10), (Direcció General de Planificació en Salut del Departament de Salut, 2020a).

Figura 8. Cambio de paradigma en atención a la cronicidad y a las personas mayores



Fuente: Elaboración propia.

Tal y como hemos visto en este apartado existen muchos modelos de toma de decisiones en salud, pero no existe un modelo unificado. Aun así, Mosqueda-Díaz, Mendoza-Parra y Jofre-Aravena (2014) consideraron la necesidad de consensuar **cuatro elementos básicos**, comunes a todos los modelos, que se deben considerar para entender el fenómeno de la toma de decisiones en salud:

1. Opciones o alternativas iniciales

Es importante que tanto los usuarios como las enfermeras analicen cada alternativa y conozcan sus implicaciones y sus resultados esperados (Pierce y Hicks, 2001). La interacción entre el profesional de enfermería y el paciente es crucial en este proceso aunque como explican los autores en su artículo esta interacción no está exenta de dificultades refiriéndose a que las personas pueden considerar que la información proporcionada es difícil de entender, lo que no les permite participar de forma efectiva en la toma de decisiones; o bien se produce un “efecto de formulación” donde la información se presenta de forma que influye en el proceso decisional y el usuario opta por escoger la decisión preferida por el profesional (Mendoza et al., 2006).

2. Valores en juego:

Una decisión ética es el resultado de un proceso de razonamiento complejo basado en el conocimiento y la experiencia de cada uno e impulsado por valores éticos. Es por ello que toda decisión requiere de una deliberación reflexiva de los diferentes valores en juego (Goethals, Dierckx de Casterlé, y Gastmans, 2013). Conocer los valores refleja la “simpatía” del profesional o del paciente por una determinada alternativa y esta inclinación se basa fundamentalmente en lo que cada uno, desde su perspectiva, cree importante para él y/o para el otro (Pierce y Hicks, 2001). Por lo tanto, clarificar los valores puede ayudar a determinar qué atributos de cada opción a escoger son más significativos y decidirse por una de las alternativas.

3. La incertidumbre

La incertidumbre surge de las probabilidades de riesgos y beneficios de las diferentes opciones. Estas probabilidades Pierce y Hicks (2001) las clasifican en objetivas, determinadas por investigaciones y datos estadísticos fiables y en subjetivas determinadas por el juicio clínico del propio profesional (Chi et al., 2017) y por las creencias y los valores personales tanto del profesional que ayuda en la toma de decisiones como del usuario que debe decidir (Kihlgren, Svensson, Lövbrand, Gifford, y Adolfsson, 2016). Esta incertidumbre, como se ha visto en el apartado anterior, genera un conflicto decisional (O'Connor et al., 2002) y aparece cuando las alternativas

significan posibles riesgos o bien cuando la elección no es consistente con los valores de quien participa de esta toma de decisiones, generando dificultades para decidir lo mejor (Kurtzman y Greene, 2016) y dificultades para identificar objetivos de tratamiento y establecer el diagnóstico situacional (Amblàs-Novellas, 2016).

4. Resultados o posibles consecuencias:

Tomar decisiones provoca a menudo sobrecarga cognitiva y psicológica en las personas (Pierce y Hicks, 2001) y es por ello que es importante indagar en dos sentidos:

- ✓ Cómo se asimila la información
- ✓ El grado de implicación del proceso decisonal

Ambas situaciones podrían agravar la sobrecarga y generar sentimientos de arrepentimiento con la decisión tomada contribuyendo a mantener el conflicto decisonal (Mosqueda-Diaz et al., 2014).

Para finalizar este apartado, resumir que todos los modelos de toma de decisiones en salud y más en concreto el modelo de toma de decisiones compartidas, planificación anticipada y atención centrada en la persona son modelos que se acompañan entre sí, se complementan y aportan una visión opuesta a la de otros abordajes más clásicos de corte paternalista. Son modelos que apuestan por una atención individualizada, con un rol activo y participativo de los pacientes y su entorno afectivo. Comparten el respeto a la autonomía de los pacientes usuarios de los servicios sanitarios y apuestan por una provisión de apoyos personalizados para que éstas puedan ejercer de un modo efectivo un papel activo en la planificación de su atención, teniendo en cuenta su singularidad, su biografía y respetando sus valores, preferencias y deseos. El objetivo común de estos modelos es realizar una atención proactiva, integrada, más centrada en el paciente y en sus necesidades, para mejorar tanto la calidad asistencial como la experiencia de atención percibida, los resultados de salud y la calidad de vida, así como realizar un mejor uso de los recursos (Gual et al., 2017).

La evidencia científica muestra que la importancia y los beneficios de estos modelos está cada vez más estudiada pero a día de hoy el reto radica en cómo implementar estos modelos y cómo evaluarlos (Martínez, 2016; Ruiz Yanzi et al., 2019; Santana et al., 2018).

Práctica enfermera, bioética y toma de decisiones

En Enfermería, a través del tiempo se han sucedido grandes cambios entorno a la ética y a la toma de decisiones, lo que ha generado la creación de Códigos Éticos en Enfermería. El primero de ellos lo coordinó Florence Nightingale en 1893 en un hospital de Detroit. En 1899, fue creado el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) cuyo principal objetivo fue cubrir la parte legal y preocuparse por los problemas éticos y en 1953, el CIE aprobó el primer código ético de la profesión. De forma paralela se fueron creando comités de ética en diversos países con el objetivo de perfeccionar aspectos éticos del desempeño profesional de enfermería, tanto a nivel nacional como internacional.

Estos códigos describen respuestas para determinadas situaciones teniendo en cuenta los principios éticos básicos: intentar prevenir evitando la futilidad y el daño, procurar maximizar el bien que se pueda ofrecer, llevarlo a cabo sin discriminación, promoviendo la autonomía de cada uno y respetando la decisión resultante (Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya, 2013). A su vez, favorecen una mirada enfocada a las necesidades de los pacientes y no exclusivamente a las soluciones técnicas o administrativas de su enfermedad dado que no todo lo que es técnicamente posible es deseable dentro de la buena praxis. Sobre todo, esto ocurre cuando la aplicación de una técnica es descontextualizada o despersonalizada que, aunque sea impecable, puede llevarnos directamente a la mala praxis. Por tanto, la auténtica dicotomía no es entre excelencia técnica y humanización, sino entre buena y mala praxis (Kihlgren et al., 2016).

Una de las primeras investigaciones que existen sobre ética de la enfermería es la que realizó Vaughan en 1935. Analizó los diarios en los que 95 enfermeras describieron los problemas éticos de su práctica, durante tres meses. Se identificaron 2265 problemas morales e interrogantes sobre comportamiento ético. El problema moral más frecuente fue la falta de cooperación entre enfermeras y médicos y entre las mismas enfermeras. Otros problemas que aparecieron fueron la existencia de falsos registros, gráficos y diagramas, no considerar la opinión de los pacientes, por creer que su opinión no era la más beneficiosa para la mejora de su cuidado, falta de formación

de las enfermeras, falta de información a los pacientes y a sus familiares y falta de comunicación entre enfermeras y entre enfermeras y médicos, sobre todo. La principal recomendación, después de este estudio, fue reforzar la formación de los profesionales para asegurar más moralidad y ética en el comportamiento individual y más reflexión, en aquello que se hace y en aquello que no se hace, para garantizar un mejor comportamiento profesional en su práctica diaria.

Es por ello por lo que en el siguiente apartado se analizará el concepto de la práctica reflexiva como elemento indispensable en el proceso de toma de decisiones.

Toma de decisiones en salud basada en la práctica reflexiva, el pensamiento crítico y la deliberación

El colectivo de enfermería así como todos los profesionales de la salud, en su práctica profesional requieren, además de adaptarse constantemente a nuevas situaciones, de habilidades para resolver problemas y tomar decisiones en situaciones inciertas y complejas (Medina y Castillo, 2006). Ante estas situaciones de incertidumbre y conflicto Schön (1992) apuesta por la **reflexión en la acción**, es decir “el pensar en lo que se hace mientras se está haciendo” (pp.9-11).

En el ámbito de la salud existen dos elementos clave que dificultan dicha reflexión: por un lado la adhesión a prácticas asistenciales rutinarias y por otro lado, la dificultad de asociar lo aprendido (teoría) con su realidad (práctica), (Morán et al., 2016).

Es por ello que, Medina y Castillo, (2006) destacan la necesidad de una formación de profesionales reflexivos que respondan de manera competente a la práctica utilizando sus conocimientos, habilidades y actitudes para:

- Identificar problemas de forma certera
- Seleccionar la opción más acorde con los valores de la persona
- Implementar un plan de cuidados de calidad dirigido al paciente y a su entorno afectivo
- Evaluar la efectividad de sus acciones

Pero, para conseguir que los profesionales utilicen sus conocimientos para llevar a cabo lo comentado anteriormente por Morán, es indispensable que, a su vez, sean buenos **pensadores críticos**. Moreno y Siles (2015) definen al pensador crítico como una

persona que apuesta más por la práctica reflexiva que por la racionalidad técnica; bien informada; de mente abierta; flexible; justa cuando se trata de evaluar; honesta cuando confronta sus sesgos personales; prudente al emitir juicios; dispuesta a reconsiderar y si es necesario a retractarse; clara con respecto a los problemas o las situaciones que requieren la emisión de un juicio; ordenada cuando se enfrenta a situaciones complejas; diligente en la búsqueda de información relevante; razonable en la selección de criterios y persistente en la búsqueda de resultados tan precisos como las circunstancias y el problema o la situación lo permitan.

Gracia (2009) añade que, además de considerar estas habilidades mencionadas anteriormente, para tomar la mejor decisión ante un problema es importante aplicar un método que tome en consideración la **deliberación** de los hechos clínicos, los valores y los deberes con el objetivo de llegar a decisiones razonables y prudentes.

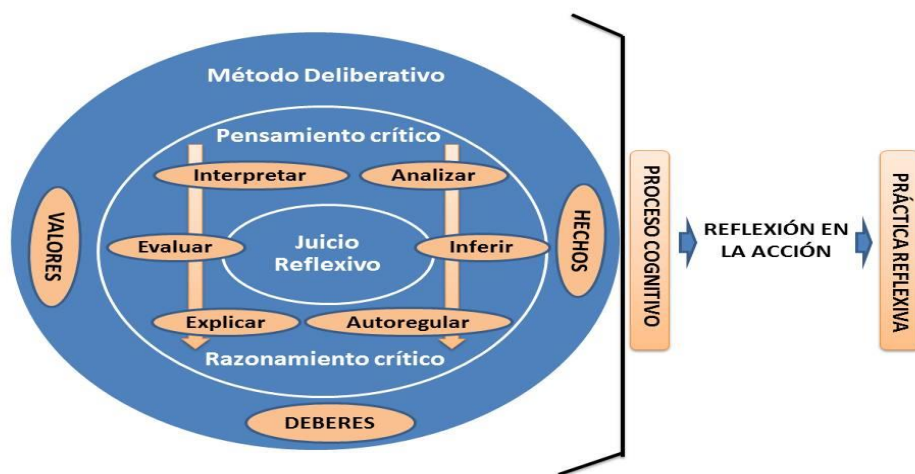
A continuación, explicaremos en qué consiste la deliberación que propone Diego Gracia en el contexto de toma de decisiones en salud:

- Deliberación sobre los hechos: Ante la presentación de un problema, se deben aclarar los hechos para reducir la incertidumbre del problema hasta lo razonable y ¿cómo? Revisando la Historia clínica, añadiendo la historia social y la historia de valores para mejorar la contextualización del caso y aclarando los hechos que constituyen el problema y que no están claros como por ejemplo el diagnóstico del paciente, su pronóstico, tratamiento a seguir, voluntad del enfermo, calidad de vida, etc.
- Deliberación sobre los valores: Se trata de identificar los valores en conflicto, tanto del propio paciente como entre el profesional y el paciente que existen en el interior del problema para conseguir un resultado final óptimo.
- Deliberación sobre los deberes: Se trata de definir lo que la persona tiene que realizar (deber), partiendo siempre de sus valores dado que los deberes se fundamentan en valores que nos piden su realización. Por ejemplo, la justicia como valor nos pide ser justos, la verdad ser veraces, si hemos hecho una promesa debemos cumplirla, si hemos contraído una deuda, debemos pagarla, etc. No existe valor que no pida su realización que en este caso sería el deber.

Basándonos en el análisis de las tres habilidades (práctica reflexiva, pensamiento crítico y deliberación) implícitas en toda persona que participa de un proceso decisonal, concluiremos este apartado relacionando los tres conceptos. Como se puede ver en la Figura 8 partimos de que el juicio reflexivo constituye el centro del pensamiento crítico, entendiendo éste como el juicio que nace del resultado de la interpretación, análisis, evaluación, inferencia, explicación y autorregulación de las evidencias en las cuales se basa ese juicio (Facione, 2007).

Mediante el pensamiento crítico que da lugar al razonamiento crítico y el juicio reflexivo, se lleva a cabo la deliberación tanto de los hechos clínicos (problemas diagnósticos y terapéuticos) como de los valores que estos hechos ponen en juego. Ni la mejor evidencia ni la mejor decisión basada en la evidencia es la mejor decisión para la persona, si lo es, como explica Fourie (2015), aquella que coincide con la que desea el paciente, hecho que fundamenta el Modelo de Atención Centrada en la Persona. Por tanto, se debe apostar, como dice Morán et al.(2016), por modelos que apoyen el desarrollo de estas habilidades para trabajar los procesos cognitivos que preceden a la toma de decisiones dado que estas habilidades ayudan a potenciar un ejercicio profesional reflexivo y autónomo en la práctica asistencial (Schön, 1992), en lugar de la adhesión a prácticas asistenciales rutinarias.

Figura 9. Relación conceptual entre el pensamiento crítico, la deliberación y la práctica reflexiva.



Elaboración propia de lo señalado por Day (2006), Gracia (2009), Morán et al. (2016), Moreno y Siles (2015) y Schön (1992).

Se concluye este apartado incidiendo en que cada vez existen más problemas que se derivan de situaciones clínicas complejas, más intervenciones diagnósticas y terapéuticas que plantean muchas alternativas para cada situación requiriendo la participación de médicos, enfermeras/os, otros profesionales, pacientes, familiares y a menudo comités de ética asistencial. Ante la incertidumbre de qué decisión tomar y siguiendo los modelos de toma de decisiones comentados anteriormente lo que hacemos como profesionales es recoger información, considerar las opciones, explorar posibilidades, y formular pensamientos para justificar lo que proponemos hacer y porqué. En definitiva, lo que hacemos es un juicio reflexivo sobre qué creer y qué hacer y este juicio que constituye el centro del pensamiento crítico es lo que nos permite razonar y actuar sin rutinas establecidas, de forma individualizada y teniendo en cuenta el contexto en el que se lleva a cabo la decisión.

La toma de decisiones en el contexto de paciente crónico con necesidades complejas.

A continuación, se desarrollan los conceptos relacionados con la toma de decisiones en el contexto del paciente crónico con necesidades complejas.

Epidemiología de las enfermedades crónicas

Durante los últimos años se están produciendo importantes cambios sociodemográficos en todo el mundo. España junto a Italia y Japón, encabeza un proceso de envejecimiento que habrá pasado del 16,1% en el año 2000 al 35% en el 2050. Se estima que las enfermedades crónicas serán la principal causa de discapacidad en el 2020 y que hacia el 2030 se doblará la incidencia actual en mayores de 75 años. Una de las consecuencias inmediatas de este efecto es el rápido aumento de pacientes con múltiples enfermedades crónicas que representan más del 50% de la población total (Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, 2019) y aproximadamente el 5% de esta población presenta necesidades complejas de salud relacionadas con cargas relevantes de morbilidad crónica (Pla de Salut de Catalunya 2016-2020).

Actualmente las enfermedades crónicas causan el 80% de las consultas de Atención Primaria, el 60% de los ingresos hospitalarios y consumen el 70% del gasto sanitario (Ramos y Pinto, 2015).

Cronicidad, dependencia, fragilidad, complejidad y multimorbilidad

Existe una relación directa entre cronicidad y dependencia y se incide especialmente en la triada edad, multimorbilidad y polimedicación (Contel, Muntané, y Camp, 2012). Esta triada provoca un estado de vulnerabilidad ante factores estresantes por limitación de los mecanismos compensadores (Rodríguez-Mañas et al., 2013) que se conoce como fragilidad clínica. Ésta junto con la multimorbilidad es la más frecuente de las condiciones crónicas (Tinetti, Fried, y Boyd, 2012), entendiéndose como multimorbilidad la coincidencia en una persona de dos o más problemas de salud, generalmente crónicos. El concepto se puede considerar sinónimo de pluripatología pero TERMCAT considera la **multimorbilidad** como un “perfil clínico emergente y con una prevalencia creciente” y Tinetti, Fried, y Boyd, (2012) mencionan en su artículo que la multimorbilidad es el factor más presente en personas con complejidad pero a su vez explican que aunque la mayoría de estas personas presenten una carga significativa derivada de su multimorbilidad, ésta no es un factor sine qua non de existencia de complejidad, aunque sí la más frecuente.

Le Reste et al. (2015) validaron la definición de multimorbilidad a nivel internacional definiéndola como “cualquier combinación de una enfermedad crónica con al menos otra enfermedad aguda o crónica o un factor biopsicosocial asociado o no o un factor de riesgo”. Estos autores consideran que el entorno social, los factores de riesgo, la carga producida por las enfermedades que padece el paciente, el uso de recursos sanitarios y las estrategias de afrontamiento del paciente pueden modificar los efectos de la multimorbilidad, cambiando sus efectos sobre la salud, y conducir a una mayor discapacidad o fragilidad y a una menor calidad de vida.

A menudo los conceptos fragilidad, complejidad y multimorbilidad se confunden siendo el principal motivo de su confusión, su concurrencia, dado que a menudo suceden a la vez (Blay y Limon, 2016). En relación con el concepto de **fragilidad**, dos son las corrientes que la definen. La primera es la liderada por Linda Fried (Fried, Ferrucci,

Darer, Williamson, y Anderson, 2004) en la que define el concepto de fenotipo de la fragilidad mediante 5 fenómenos (pérdida de peso, disminución de la fuerza física, pérdida de energía, dificultad en la marcha y baja actividad física). En función a estos fenómenos se establece la situación de prefragilidad o fragilidad. Si cumple 1 o 2 criterios se considera prefrágil y si cumple más de 3 se considera frágil. El modelo de Fried ayuda a detectar la fragilidad previa a la discapacidad y es muy útil para el cribaje poblacional de la fragilidad. La otra corriente liderada por Rockwood (Rockwood et al., 2005; Rockwood y Mitnitski, 2007) entiende la fragilidad como una acumulación progresiva de déficits que coloca a las personas, a menudo de edad avanzada, en situación de mayor vulnerabilidad. Tal y como explican Blay y Limon (2016) la idea es fácil de entender: cuando nacemos disponemos de un “depósito lleno de salud” pero ¿qué ocurre? Que a menudo se acumulan déficits (enfermedades, pérdidas funcionales, cognitivas, sociales, emocionales...) que producen que el depósito se vaya vaciando, convirtiéndonos en más vulnerables. Dado que estos déficits son fácilmente cuantificables, es factible medir su grado de reserva en estas personas a partir de herramientas como el Índice de Fragilidad (Amblàs-Novellas, Espauella Panicot, et al., 2016).

La primera corriente valora más la fragilidad pura, previa a la discapacidad y esto hace que permita detectar a las personas cuando empiezan a ser frágiles para poder llevar a cabo medidas de prevención. La segunda corriente se relaciona más con la morbilidad acumulativa que permite interpretar la evolución clínica, realizar un diagnóstico situacional (Amblàs-Novellas, Espauella Panicot, et al., 2016) e incluso predecir la probabilidad de morir. El enfoque de la fragilidad de esta segunda corriente es la que más relaciona la fragilidad con la complejidad ya que se acumulan déficits que convierten la fragilidad pura en fragilidad avanzada y es en este perfil de pacientes en el que las decisiones a tomar son especialmente difíciles y complejas como consecuencia de la interacción de múltiples factores que dificultan la precisión del diagnóstico, la falta de evidencia a la hora de decidir la decisión más acertada y también por la influencia del contexto personal y social del paciente (de la Rica-Escuín, García-Barrecheguren, y Monche-Palacín, 2019).

Las personas con fragilidad avanzada sufren **necesidades de atención complejas**, pero para entender estas necesidades es fundamental que el equipo de salud tenga presente su multimorbilidad, la incertidumbre clínica, la dificultad en la toma de decisiones y su pronóstico y gravedad. Pero si nos limitamos a estos parámetros hablamos únicamente de complejidad clínica y gestión de patologías (disease management), pero existen otros elementos no sanitarios que están íntimamente relacionados con estas necesidades complejas como son los relacionados con la persona y su entorno (grado de dependencia, condiciones sociales, soporte familiar, red comunitaria...), lo que nos lleva a plantearnos modelos más centrados en la persona y menos en la enfermedad (Castañeda-Hernández, 2019).

¿Habríamos de paciente con necesidades de atención complejas a un paciente con complejidad clínica pero que tanto él como su entorno gestionan y responden adecuadamente a estas necesidades? Tal y como explican Blay y Limon (2016) el sistema no percibiría esta complejidad ni la concebiría como a tal, por tanto, partiendo de esto podemos decir que la complejidad es la dificultad de ofrecer a la persona una respuesta óptima a su perfil de necesidades de gestión difícil (**complejidad clínica**) que depende en gran medida de la capacidad tanto de los profesionales y del sistema (**complejidad del sistema asistencial**) como de la capacidad de la persona y de su entorno para poder gestionar dichas necesidades (**complejidad contextual**).

Teniendo en cuenta todo esto y tal y como se visualiza en la Figura 9, se puede decir que la complejidad está compuesta por tres dimensiones y a su vez, condicionada por la concurrencia de aspectos de cada una de ellas (clínica, sistema asistencial y contextual), siendo especialmente relevantes las áreas de convergencia entre ellas, llamadas áreas malditas (wicked problema) (Amblàs-Novellas, 2016). En el ámbito de la atención a la complejidad no hay una manera única ni concluyente de cuándo la persona se sitúa en la conjunción de estas “áreas malditas”, y suele ser mucho mejor intentar entenderlas y gestionarlas que intentar resolverlas ya que en muchas ocasiones no se pueden resolver. Las soluciones a los problemas malditos no son correctas o incorrectas, como mucho pueden ser mejores o peores y sus soluciones dependen de cómo se enfoca el problema. Muchas veces, cada intento en el manejo de la situación o el

esfuerzo para intentar resolver el problema puede revelar o crear otras complejidades y nuevos problemas (Amblàs-Novellas, 2016).

Figura 10. Dimensiones de la Complejidad.



Fuente: Amblàs-Novellas, (2017)

El concepto de **complejidad**⁴ promovido por el Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad (PPAC) y el Programa Interdepartamental de Atención Sanitaria y Social (PIAISS) junto con la definición publicada por el TERMCAT, se define como “Aquella situación que refleja la dificultad de gestión de la atención de un paciente y la necesidad de aplicarle planes individualizados específicos a causa de la presencia o la concurrencia de enfermedades, de su manera de utilizar los servicios o de su entorno”.

Los expertos en el ámbito de cronicidad están de acuerdo en pensar que es necesario evaluar la fragilidad en pacientes crónicos en situación de complejidad clínica dado que por un lado existe una alta prevalencia (10% de la población > 65 años) y por otro existe una estrecha relación con los resultados adversos de salud (Amblàs-Novellas J, Martori JC, Molist N, Oller R, Gómez-Batiste X, 2016). Las personas con procesos

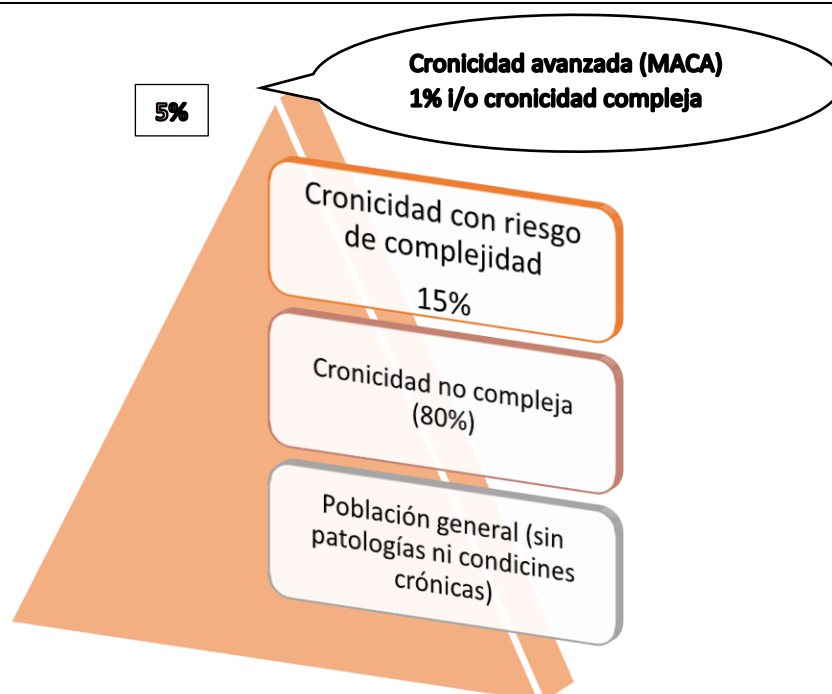
⁴ En esta investigación se utilizará indistintamente el concepto de complejidad y necesidades de atención complejas, entendiéndolos como la combinación de un perfil de necesidades y respuestas que, en caso de no poder ser cubiertas por el paciente o su entorno afectivo, conlleva a que los profesionales referentes del caso consideren su gestión difícil y compleja. A lo largo del documento nunca se considerará complejo al paciente sino a sus necesidades.

crónicos y comorbilidad asociada a la fragilidad clínica presentan síntomas continuos, reagudizaciones frecuentes y una progresión de la enfermedad que conlleva la disminución de las capacidades de las personas y sus familias para el autocuidado. Todo ello conlleva a que el plan terapéutico se vuelva cada vez más complejo ya que la demanda de los cuidados se incrementa y la toma de decisiones se complica (Amblàs-Novellas J, Martori JC, Molist N, Oller R, Gómez-Batiste X, 2016; Rico-Blázquez, Sánchez, y Fuentelsaz, 2014).

Características del paciente crónico con necesidades complejas (PCC y MACA)

En los últimos años diversos autores y organizaciones han introducido dos nuevos conceptos, el de personas con **necesidades complejas de atención o cronicidad compleja (PCC)** y el de personas con **necesidades paliativas o cronicidad avanzada (MACA)**. Ambas se definen como un determinado perfil de presentación de la cronicidad y representan alrededor del 5 % de la población tal y como se muestra en la Figura 10.

Figura 11. Distribución poblacional (%) en relación con el grado o riesgo de complejidad de las personas con problemas de salud crónicos.



Fuente: Elaboración propia. Adaptación de la pirámide de Kaiser y adaptado del documento de “Bases conceptuales i model d’atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA), 2020”.

Características de las personas con necesidades complejas de atención o cronicidad compleja (PCC)

No existe ningún instrumento específico que permita realizar un **cribaje poblacional de PCC y su identificación** se fundamenta en la presencia de unos criterios basados en consenso de expertos y en resultados de estudios epidemiológicos anteriores (Direcció General de Planificació en Salut del Departament de Salut, 2020a) como son:

1. Problemas relacionados con la situación clínica de la persona:

- ✓ Presencia de diferentes enfermedades crónicas de manera concurrente (situación de multimorbilidad grave) o presencia de enfermedad de órgano específico en situación clínica grave, que cursa con insuficiencia o claudicación de órgano o sistema (insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal crónica, demencia, depresión...). También se incluyen en este grupo de PCC, pacientes que no cumplen ninguno de los criterios anteriores pero que presentan situaciones que requieren ser consideradas dentro del perfil de pacientes en situación de complejidad clínica, como, por ejemplo, trastorno mental grave, esquizofrenia, trastorno de la conducta grave, demencia evolucionada o enfermedades minoritarias.
- ✓ Evolución muy dinámica, variable y con necesidad de seguimiento y vigilancia en el tiempo. Las intervenciones que precisan estos pacientes son de alta intensidad sociosanitaria y están más basadas en intervenciones de presencia física que virtual.
- ✓ Asociación a la fragilidad de base de pérdida funcional, probabilidad de declive agudo (funcional o cognitivo) o nueva aparición de síndromes geriátricos con criterios de gravedad y progresión.
- ✓ Alta probabilidad de descompensaciones en la evolución natural de sus patologías crónicas con síntomas persistentes y refractarios y a menudo con dificultad de control. Las descompensaciones pueden ser muy variadas y no seguir un patrón característico. Esto conlleva dificultad en la detección, diagnóstico e intervención a lo que se suma la falta de herramientas

diagnósticas, de pronóstico y de gravedad para poder seleccionar a este tipo de pacientes.

- ✓ Alta utilización de servicios de hospitalización urgente con diferentes ingresos o visitas médicas.
- ✓ Elevado consumo de recursos y fármacos y riesgo yatrogénico consecuente.

2. Criterios del ámbito social o contextual

- ✓ Situación social de riesgo o disfuncional para atender las necesidades en una o más de las áreas siguientes:
 - Organización de los cuidados
 - Unidad familiar y/o entorno afectivo cuidador
 - Cohesión familiar y clima afectivo
 - Condiciones estructurales, seguridad, confort o privacidad
 - Red relacional del entorno

3. Relacionados con los profesionales y el sistema asistencial

- ✓ Beneficio del abordaje interdisciplinar
- ✓ Necesidad de activar y gestionar acceso a diferentes dispositivos y recursos, a menudo por vías distintas.
- ✓ Incertidumbre en la toma de decisiones y dudas de manejo de la situación. Con frecuencia se generan situaciones en las que el profesional clínico puede tener dudas y necesita compartir diferentes puntos de vista en relación con la toma de decisiones.
- ✓ Discrepancias entre profesionales en relación con la gestión clínica y la toma de decisiones.
- ✓ Beneficio de estrategias de atención integrada

Características de las personas con necesidades paliativas o cronicidad avanzada (MACA)

Aproximadamente tres cuartas partes de la población en nuestro entorno morirá como consecuencia de una o diversas enfermedades crónicas avanzadas y progresivas después de un período evolutivo con crisis frecuentes, alta necesidad de demanda de atención y decisiones frecuentes de carácter clínico y ético. El proceso final de vida, entendido como la última fase del ciclo vital, puede oscilar entre pocos días hasta meses e incluso algún año. Este proceso también está condicionado por múltiples variables, es estrictamente individual (Albertí et al., 2017) y presenta un entorno de complejidad tal y como lo hemos descrito en el apartado anterior: complejidad clínica, contextual y asistencial (Amblàs-Novellas, 2016). Esta estrecha relación entre final de vida y enfermedad avanzada es lo que ha conllevado a mencionar a estas personas como MACA.

El Proyecto de Programa de atención al paciente crónico complejo del Pla de Salut 2011-2015, Gómez-Batiste et al. (2013) y Gual et al., (2017) muestran en sus investigaciones que los pacientes MACA padecen una o más enfermedades crónicas y se caracterizan por la combinación de los siguientes criterios:

- ✓ Tener un perfil clínico equivalente al del PCC
- ✓ Progresividad evolutiva. Los profesionales de referencia reconocen una afectación clínica de mayor gravedad, en comparación con el estándar de personas con las mismas enfermedades o condiciones de base.
- ✓ Pronóstico de vida limitado, inferior a 2 años. Justo por este motivo, estos pacientes requieren de una:
 - Visión integral de todas sus dimensiones, emocionales, espirituales y sociales.
 - Orientación mayoritariamente paliativa
 - Planificación anticipada de las decisiones
 - Mayor atención y soporte social, sobre todo a los cuidadores.

Atendiendo a que la multimorbilidad, como hemos visto es un concepto estrechamente relacionado con la cronicidad, a continuación se muestran, según el

documento de trabajo presentado por la Sociedad Española de Medicina interna (SEMI), la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP) las enfermedades que, como mínimo una, excluyendo las enfermedades neoplásicas, deben presentar los pacientes para ser considerados pacientes con enfermedades crónicas complejas y avanzadas (Ruiz et al., 2013):

1. Insuficiencia cardíaca crónica: con disnea basal mayor o igual a clase III de la NYHA
2. Enfermedad respiratoria crónica: disnea basal mayor o igual a III MRC; sat O₂<90%, portadores de oxígeno domiciliario.
3. Enfermedad renal crónica: estadio 4-5 NKF (FG<30ml/m)
4. Enfermedad hepática crónica: Child-Pugh>7
5. Enfermedades neurológicas crónicas: Pfeiffer>o igual a 7 errores: MEC < o igual a 18 y IB<60

La respuesta a este tipo de enfermos requiere una reorientación del modelo tradicional de atención curativa, caracterizado por contactos episódicos centrados en procesos agudos o descompensaciones hacia una atención sanitaria que tenga siempre al paciente cerca, concediendo más importancia al “cuidar que al curar” (Castañeda-Hernández, 2019, p.2). En dicha prestación y coordinación de cuidados el liderazgo de enfermería es algo incuestionable. Por ello resulta evidente, cada vez más, la necesidad de dotar a las enfermeras de mayor responsabilidad, aumentando y evaluando sus competencias en su práctica asistencial. Es indispensable conseguir equipos asistenciales y multidisciplinares centrados en las personas que provean de forma colaborativa prácticas de valor y que puedan dar una respuesta integral, multidimensional e integrada o al menos coordinada, a personas con necesidades de atención complejas (Chi et al., 2017; Kangovi et al., 2017; Wieringa et al., 2017)

Factores determinantes de complejidad en la toma de decisiones en PCC y MACA

La complejidad clínica en los pacientes está determinada fundamentalmente por la coexistencia de la multimorbilidad con el comportamiento dinámico y la respuesta

heterogénea a los diferentes tratamientos (Contel et al., 2012), con el grado de reserva del paciente y el riesgo de procesos intercurrentes, con el grado de certeza sobre lo que le ocurre al paciente y con el grado de acuerdo de cómo proceder (Amblàs-Novellas, 2016). De todos ellos, de la Rica-Escuín (2019) considera el comportamiento dinámico de las patologías, muchas de ellas relacionadas entre sí, la variabilidad de respuesta a los tratamientos y el pronóstico incierto como los factores más determinantes de complejidad en la toma de decisiones clínicas, sobre todo en el contexto de atención a las personas con enfermedades crónicas avanzadas o necesidades paliativas (MACA).

En este contexto de complejidad clínica, son innumerables las decisiones que se deben tomar. Algunas pueden suponer la necesidad de trasladar al paciente, la realización de pruebas complementarias, intervenciones quirúrgicas, procedimientos técnicos y todo ello de beneficio no siempre evidente. Ejemplos respecto de este tipo de actuaciones y decisiones son la indicación (o no) de realizar determinadas pruebas diagnósticas (broncoscopia, colonoscopia, punción-biopsia...), la indicación de determinados tratamientos como fármacos inotropos, ventilación mecánica invasiva, tratamiento antibiótico y sueroterapia en cuidados de últimos días, canalización de vías venosas (periféricas y centrales), el uso de diferentes tipos de nutrición (enteral, parenteral, sonda nasogástrica vs. gastrostomía percutánea), la realización de pruebas complementarias de imagen (radiología simple, ecografías, tomografías o resonancias), el uso de transfusiones y un largo etcétera. Estas decisiones pueden conllevar una iatrogenia que no siempre justifica su realización y por ello se debe exigir un análisis exhaustivo del balance riesgo-beneficio (Fontecha-Gómez et al., 2018).

Otros factores que influyen en la complejidad de la toma de decisiones en este tipo de pacientes son los relacionados con los profesionales, el modelo tecnológico y biomédico imperante en el medio hospitalario, así como una atención eminentemente centrada en la enfermedad y basada en el pronóstico —habitualmente incierto— más que en la persona (Gionfriddo et al., 2014). Todo ello provoca una parálisis pronóstica y un abordaje dicotómico basado en la incompatibilidad entre los objetivos de curación/supervivencia y la atención paliativa (Departament de Salut., 2017). Esta visión puede inducir tanto al encarnizamiento terapéutico como a la infravaloración o

nihilismo terapéutico, especialmente en pacientes de perfil geriátrico por motivo de edad (Chi et al., 2017).

Otros factores de complejidad en la toma de decisiones están supeditados a la organización hospitalaria, a la heterogeneidad de pacientes, así como a la variabilidad en los modelos asistenciales, en las cargas de trabajo en la ausencia de objetivos terapéuticos concretos y registrados y escasa coordinación entre equipos inter y multidisciplinares (Kurtzman y Greene, 2016). Todo ello lo que condiciona y provoca es una atención disruptiva y un sufrimiento derivado de la complejidad del sistema en la que son atendidos estos pacientes (Amblàs-Novellas, Casas, et al., 2016).

Dierckx de Casterlé, Izumi, Godfrey, y Denhaerynck (2008) exploraron, a través de un metaanálisis, la toma de decisiones de las enfermeras ante los dilemas éticos más frecuentes de su práctica profesional. Concluyeron que la preocupación por la toma de decisiones enfermeras está creciendo y que la mayoría de las enfermeras perciben barreras en su entorno de trabajo que dificultan su práctica ética y su toma de decisiones. Sobre todo, lo relacionan con dificultades en el trabajo de equipo, sobrecarga laboral y falta de información clínica. Explican también los autores, que se sabe poco sobre cómo las enfermeras se involucran en la toma de decisiones y cómo las acciones éticas repercuten en el cuidado diario de los pacientes. También mencionan en su artículo que enfermería ante la toma de decisiones clínicas tiende a mostrar un “patrón uniforme de razonamiento ético” que los lleva a una “práctica conformista” a menudo poco adecuada a las necesidades personales de estos pacientes. Gionfriddo et al (2014) añade que todo esto constituye un importante obstáculo en la práctica asistencial ya que considera que ante esta conformidad ni la creatividad ni la reflexión crítica están presentes hecho que condiciona de forma crucial la calidad de la atención.

Ante este contexto, son indispensables dos acciones:

- ✓ Diseñar objetivos de colaboración y establecer prioridades junto con el paciente (Vermunt, Harmsen, Westert, Olde Rikkert, y Faber, 2017), para elegir el curso de acción más adecuado.
- ✓ Considerar como elemento clave de la atención centrada en la persona, la toma de decisiones compartida entre pacientes y profesionales con el objetivo de facilitar una adecuada armonización entre los valores y las preferencias de los

pacientes, proponer objetivos asistenciales comunes, determinar la intensidad de las intervenciones realizadas (Amblàs-Novellas, Casas, et al., 2016) y presentar evidencias (Thompson-Leduc, Clayman, Turcotte, y Légaré, 2015).

El efecto de la toma de decisiones compartida en el contexto de pacientes crónicos con necesidades de atención complejas es, a día de hoy, aún desconocido aunque está ampliamente estudiado (Gionfriddo et al., 2014). Lo que sí se ha identificado como variable predictiva del desempeño de un médico o una enfermera en relación a la toma de decisiones compartida es la intención y la actitud del profesional en querer llevarla a cabo y considerarla indispensable no sólo como un proceso que se adapte a las preferencias de las personas, sino como una herramienta que permite potenciar su participación y a su vez, asegurar una atención centrada en la persona (Castañeda-Hernández, 2019; Vermunt et al., 2017). Con todo ello evitaremos lo que comentaba Orbegozo (2009) en su artículo “la asistencia médica no puede prestarse en un entorno de incertidumbre ética en el que los médicos y profesionales de enfermería se limiten a dejarse llevar por sus preferencias personales. El modo en que se trata al paciente no puede depender de quien realiza el tratamiento o dónde se lleva a cabo” (p.48).

Herramientas de ayuda para la toma de decisiones

Las herramientas de ayuda para la toma de decisiones (HATD) son intervenciones desarrolladas para ayudar a las personas a participar en el proceso de toma de decisiones acerca de diferentes opciones diagnósticas y/o terapéuticas, con el fin de promover la deliberación entre pacientes, profesionales sanitarios y otras personas, acerca de estas opciones (G Elwyn et al., 2006). Las HATD proporcionan al paciente y al equipo de salud información útil acerca de cada una de las alternativas posibles, con el fin de ayudar a construir, esclarecer y comunicar sus valores personales (Dawn Stacey et al., 2011) y facilitar la toma de decisiones compartida (Wieringa et al., 2017).

Existe un grupo internacional de investigadores, profesionales sanitarios y profesionales expertos en diseño que, en el año 2003, en la Conferencia Internacional

sobre Toma de Decisiones Compartidas (ISDM Conference, International Shared Decision Making Conference) en Swansea, apostaron por crear los Estándares Internacionales de las Herramientas de Ayuda para la Toma de Decisiones incluyendo en este contexto la práctica ética de los profesionales de enfermería (Perestelo-Pérez et al., 2013).

Estos Estándares Internacionales se fundamentan en conseguir que las HATD contribuyan a mejorar dos aspectos:

1. Calidad del proceso de la toma de la decisión. Esto se refiere a la medida en que la HATD ayuda al equipo de salud y sobre todo al paciente a:
 - ✓ Hay que reconocer que se debe tomar una decisión
 - ✓ Sentirse informado acerca de las opciones y sus características (riesgos, beneficios y consecuencias).
 - ✓ Tener claro qué aspectos de la decisión importan más al paciente.
 - ✓ Discutir objetivos, preocupaciones y preferencias.
 - ✓ Involucrarse en la toma de la decisión

2. Calidad de la decisión que se ha tomado, es decir, la decisión será de calidad cuando sea consistente con los valores de la persona que toma la decisión. La forma de valorar este concepto es difícil pero autores como Perestelo-Pérez (2013) mencionan dos indicadores para evaluar la calidad de la decisión:
 - ✓ Conocimiento del paciente sobre cada opción y sus resultados.
 - ✓ Concordancia entre qué aspectos preocupan más al paciente y la opción elegida. Es para ello que antes de tomar la decisión el equipo de enfermería debe conocer los objetivos de la decisión a tomar y las preferencias del paciente para calcular en qué medida la opción elegida se ajusta a los objetivos.

Atendiendo a que el abordaje de las situaciones complejas no resulta sencillo, los profesionales sanitarios necesitamos instrumentos que puedan ayudarnos en la toma de decisiones, facilitando la conciliación de los valores y preferencias de los pacientes con los objetivos clínicos (Chi et al., 2017). En el contexto de atención al paciente crónico con necesidades complejas existen varias herramientas de ayuda a la toma de

decisiones, siendo algunas de ellas muy útiles para realizar una aproximación clínica a la fragilidad, al riesgo de discapacidad, a la necesidad de atención paliativa y al riesgo de morir. Esta aproximación permite de forma precoz, establecer planes de cuidados individualizados, tomar decisiones compartidas durante todo el proceso. A continuación, explicamos las más relevantes:

Instrumentos para el cribado de la fragilidad

La fragilidad es un método pronóstico ya que ayuda a tomar decisiones (Tello-Rodríguez y Varela-Pinedo, 2016). La fragilidad sirve como base para el cribado poblacional de personas en situación de riesgo que podrían beneficiarse de acciones preventivas para evitar o revertir el proceso hacia la discapacidad. También sirve como se ha explicado en apartados anteriores como base para el diagnóstico situacional (¿En qué momento de su trayectoria vital está el paciente? ¿Qué grado de reserva tiene esta persona? ¿Está próximo a la situación de final de vida? ¿Su situación es potencialmente reversible?) en pacientes crónicos complejos y/o con enfermedades crónicas avanzadas. Es por ello, que entre los expertos existe un amplio consenso sobre la necesidad de su evaluación aunque sigue existiendo una cierta controversia sobre su abordaje (Amblàs-Novellas, Espauella Panicot, et al., 2016).

Un instrumento para detectar y medir fragilidad debe ser: multidimensional, capaz de capturar el gradiente de la fragilidad y cribar, de discriminar entre distintos grados de fragilidad y ser útil en diferentes contextos (Amblàs-Novellas J, Martori JC, Molist N, Oller R, Gómez-Batiste X, 2016; Tello-Rodríguez y Varela-Pinedo, 2016).

En función de los objetivos de la evaluación de la fragilidad los instrumentos son distintos:

- ✓ Si el objetivo es la identificación de las personas en riesgo que se puedan beneficiar potencialmente de acciones preventivas de discapacidad, como bien explican (Amblàs-Novellas J, Martori JC, Molist N, Oller R, Gómez-Batiste X, 2016) el enfoque dicotómico (la fragilidad está «presente» o «ausente») puede ser apropiado. Algunas herramientas útiles para el cribado de fragilidad son los test funcionales: (el Timed, up

y go', el PRISMA-7 (Turner y Clegg, 2014) , el FRAIL questionnaire (Morley, Malmstrom, y Miller, 2012), el SHARE Frailty Instrument (Romero-Ortuno, Walsh, Lawlor, y Kenny, 2010) , el Gérontopôle Frailty Screening Tool (Vellas et al., 2013) o las escalas de Groningen, Tilburg o Edmonton (Theou, Brothers, Mitnitski, y Rockwood, 2013).

Si el objetivo es valorar el grado de reserva de un paciente/diagnóstico situacional será necesario un abordaje multidimensional que valore tanto la heterogeneidad de nuestro sistema complejo, como su evolución en el tiempo considerando la valoración geriátrica integral (VGI) como el instrumento más adecuado (Amblàs-Novellas, Espauella Panicot, et al., 2016).

Modelo de Planificación Anticipada de las Decisiones (PAD) y Documento de Voluntades Anticipadas (DVA).

En 2015 surgió en Cataluña la PAD complementario del DVA en el contexto del paciente crónico con necesidades complejas o con enfermedad crónica avanzada (Limón, Lasmarías, y Blay, 2018). A pesar de no disponer de la misma consideración legal, ambas herramientas favorecen el ejercicio de la autonomía práctica de las personas y sus singularidades radican en los autores que pueden realizarlas, las circunstancias de los procesos y sus mecanismos de registro (Loncán,2014).

Ambas herramientas favorecen el ejercicio de la autonomía práctica de las personas en el ámbito de la atención sanitaria y se empezaron a utilizar en nuestro entorno a raíz de la Ley 21/2000 sobre los derechos de información concerniente a la salud, a la autonomía del paciente, y a la documentación clínica. Cabe recordar, aunque la PDA y el DVA son procesos que van muy relacionados, no son sinónimos y existen diferencias entre ellos (Tabla 14). Ambos persiguen como objetivo principal garantizar el máximo respeto a los valores de la persona. La redacción del DVA se asume como una herramienta más de la PDA acompañada de la asistencia. Es por ello por lo que podemos decir que la PDA y el DVA son dos herramientas complementarias.

Tabla 14. Diferencias principales entre PDA y DVA.

	DOCUMENTO DEVOLUNTADES ANTICIPADAS (DVA)	PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LAS DECISIONES (PDA)
Regulación	Legal	Protocolos Asistenciales
Fundamento	Autonomía de la Voluntad	
Elemento Esencial	Revocabilidad	
Autores	Individuo: Persona sana o enferma con o sin asesoramiento	Persona y/o Familia + profesionales sanitarios
Negocio Jurídica	Unilateral: Voluntad de la persona. Mayores de 18 años	Bilateral: Fruto del consenso Mayoría de edad sanitaria (16 años) Menor maduro (Entre 12 y 15 años)
Eficacia	Futura: Circunstancia prevista	Presente: Enfermedad en curso
Contenido	Instrucciones Nombramiento de representante	Planificación de la Atención
Requisitos Formales	Documento notarial Documento privado con 3 testimonios	Constancia escrita
Lugar del depósito	Historia Clínica Registro administrativo	Historia Clínica

Fuente: Adaptado de Francesc José María, extraído del Grupo de Trabajo del Modelo catalán de planificación anticipada de las decisiones (2016)

El modelo de la PAD explicado anteriormente tiene evidencias claras de su eficacia como herramienta para mejorar la toma de decisiones y los cuidados al final de la vida (Lasmarías et al., 2018) y en particular para aumentar la satisfacción del paciente y de su familia, disminuyendo la ansiedad de esta (Detering, Hancock, Reade, y Silvester, 2010). Es cierto que, sigue persistiendo su escaso registro que junto con la atención fragmentada y la falta de información entre los dispositivos asistenciales sobre los valores y las decisiones previas dificulta de forma notable la garantía de respeto hacia la dignidad de una persona en su trayectoria final de vida (Diestre Ortín et al., 2013).

Ante personas con patologías crónicas y necesidades complejas cada vez se apuesta más por planificar de manera anticipada las decisiones clínicas que por el DVA. Eso es debido a que en este contexto los escenarios son muy cambiantes y se precisa más flexibilidad que la concreción que ofrece un DVA. El objetivo se centra más en deliberar con el enfermo y su entorno sobre la toma de decisiones a lo largo del proceso de la enfermedad y valorar las posibilidades reales de cada situación que cumplir los deseos que se recogen en el DVA teniendo en cuenta que éste se realizó en una situación no real (Loncán, 2014).

Plan de Intervención Individualizado y Compartido (PIIC)

El PIIC es un documento que contempla los aspectos de salud y sociales más destacados del paciente, consensuado entre los diferentes profesionales, el propio paciente y entorno familiar. El plan incluye recomendaciones en caso de descompensación y el objetivo final, es que pueda disponerse de él en un entorno compartido de información y que facilite la toma de decisiones. Este documento debe contar con la participación del paciente o la de su representante en caso de incapacitación y debe ir dirigido a todos los profesionales o equipos de salud que puedan atender al paciente y que, según su evolución, puedan decidir lo más adecuado para el paciente. El PIIC no es un protocolo a seguir de forma rígida sino una ayuda para la reflexión en el momento de la toma de decisiones (Gómez-Batiste, Lasmarías, et al., 2013).

Instrumento NECPAL

El NECPAL CCOMS-ICO©, es un instrumento que permite identificar las personas en situación de enfermedad avanzada y necesidad de atención paliativa tanto en servicios de salud como sociales. El instrumento en sus diferentes versiones ha sido elaborado por iniciativa del Observatorio "QUALY" / CCOMS - ICO, con el apoyo de la Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris del Departament de Salut (Generalitat de Catalunya) y en colaboración con profesionales del Servei d'Atenció Primària (SAP) Osona de l'Institut Català de la Salut, del Consorci Hospitalari de Vic i de hospital de la Santa Creu de Vic.

El instrumento permite identificar de forma precoz a las personas con necesidades de atención paliativa derivadas de su afectación por enfermedades crónicas avanzadas y un pronóstico de vida estimado inferior a 24 meses muy ligado a criterios de fragilidad, gravedad y progresión con presencia de necesidades paliativas y que precisa de la activación de planes específicos de intervención, hecho que facilita la toma de decisiones compartida con el paciente y su entorno afectivo. Los pacientes detectados por este instrumento se denominan NECPAL (+) y, por definición son pacientes MACA en situación de enfermedad crónica avanzada cuya atención hace

indispensable consensuar un plan de intervención individualizado y compartido que incluya un PDA.

Índice de Fragilidad (IF)

El IF es una de las últimas herramientas de ayuda para la toma de decisiones en pacientes geriátricos en situación de complejidad clínica y condiciones crónicas avanzadas que se ha diseñado. Se fundamenta en considerar la fragilidad como una condición crónica íntimamente relacionada con resultados de salud y por ello dicha herramienta relaciona los Índices de Fragilidad (IF) con la valoración geriátrica integral (VGI), atendiendo que ambos instrumentos se caracterizan por contemplar la multidimensionalidad que precisan recibir estos pacientes. Concluyen explicando que, aunque serán necesarios más estudios para confirmar los beneficios de la utilización de los IF en la valoración de pacientes geriátricos –especialmente en aquellos con complejidad clínica y condiciones crónicas avanzadas– creen que el instrumento IF-VIG podrá predecir la muerte de estos pacientes, ayudando a su vez a la toma de decisiones ante su proceso de enfermedad (Amblàs-Novellas J, Martori JC, Molist N, Oller R, Gómez-Batiste X, 2016). Estudios posteriores han confirmado que el IF además de cuantificar el grado de fragilidad, permite también, establecer relación cercana entre este grado de fragilidad, final de vida y mortalidad siendo esto muy útil para identificar las personas que necesitan cuidados paliativos (Amblàs-Novellas, Murray, et al., 2021).

Conferencia de caso (CdC)

La CdC es una herramienta facilitadora en el proceso de toma de decisiones compartida entre las personas con patologías crónicas y necesidades complejas y los diferentes profesionales que intervienen de forma significativa en su atención. Es una reunión formal, estructurada y planificada en la que todos los profesionales implicados en la atención de la persona, a partir de una valoración de necesidades, trabajan conjuntamente con el objetivo de definir un plan individualizado de atención integrada. A su vez, fomenta prácticas colaborativas e integradas entre múltiples profesionales (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, fisioterapeutas, etc.) de todos los ámbitos de atención (comunitario, hospitalario y desde la perspectiva social y sanitaria). Es

importante resaltar que la CdC no es una actividad que coordina actuaciones de diferentes profesionales sino que va más allá ya que es una actividad integrada y compartida que pide el compromiso global de todas las personas implicadas en el proceso de atención y cuidado de estos pacientes (Direcció General de Planificació en Salut del Departament de Salut, 2020b).

Los inicios de la CdC se remontan a finales de los años 80 en el ámbito de atención a menores y jóvenes con problemas legales. En este contexto se encontraban las Family Group Conferences, un método innovador introducido en Nueva Zelanda que planteaba un espacio de encuentro para realizar un plan de trabajo compartido entre el menor, la familia y los servicios que podían dar respuesta a las necesidades identificadas (Levine, 2000). Posteriormente, esta herramienta se ha adaptado – especialmente en el mundo anglosajón- para trabajar el abordaje de situaciones complejas en colectivos vulnerables como por ejemplo en el ámbito de salud mental, personas con discapacidad, demencia, multimorbilidad y/o en situación de final de vida (Timothy et al., 2017).

Esta herramienta es indispensable que sea utilizada por profesionales implicados en la atención a la persona con conocimientos básicos sobre atención centrada en la persona, atención integrada y trabajo en equipo. A su vez, es importante que tengan experiencia en el diagnóstico situacional o evaluación de necesidades, en las intervenciones del plan de atención, así como competencias comunicativas, detección de valores y preferencias, planificación anticipada de las decisiones, acompañamiento en la toma de decisiones y valoración de las implicaciones éticas (Direcció General de Planificació en Salut del Departament de Salut, 2020b).

Para finalizar este apartado sobre las herramientas de ayuda a la toma de decisiones, concluir que la identificación de pacientes en situación de enfermedad crónica avanzada y complejidad, y la fragmentación de cuidados hacia el final de la vida aconsejan, como explica Fontecha-Gómez (2018), trazar un plan terapéutico a largo plazo, congruente con los valores y preferencias de los pacientes. Es indispensable que los profesionales de la salud tengamos a nuestra disposición herramientas de ajuste en la adecuación de la intensidad diagnóstica y terapéutica para poder garantizar una continuidad de cuidados individualizada y facilitar a su vez, la toma de decisiones en las

transiciones y en los cambios dinámicos que presentan muchos de estos pacientes a lo largo de su proceso de enfermedad. El objetivo de estas herramientas de ayuda en la toma de decisiones es también permitir una comunicación ágil entre los diferentes niveles asistenciales y que todo ello sirva de ayuda a los equipos multidisciplinares para tomar decisiones compartidas y potenciar la planificación anticipada de las decisiones.

A modo de resumen,

Se inicia el capítulo definiendo el concepto de toma de decisiones en un contexto sanitario cambiante, complejo e incierto en el que los profesionales de la salud deben adoptar un rol protagonista en los procesos de decisión, muchos de los cuales conllevan conflictos y dilemas éticos sobre los que se debe tomar en consideración la deliberación de los hechos clínicos, los valores y los deberes con el objetivo de llegar a tomar decisiones razonables y prudentes. Se explica que cada vez existen más problemas que se derivan de situaciones clínicas complejas, más intervenciones diagnósticas y terapéuticas que plantean muchas alternativas para cada situación requiriendo la participación de médicos, enfermeras/os, otros profesionales, pacientes, familiares y a menudo comités de ética asistencial. Ante la incertidumbre de qué decisión tomar y siguiendo los modelos de toma de decisiones que se explican en el capítulo lo que hacemos como profesionales es recoger información, considerar las opciones, explorar posibilidades, y formular pensamientos para justificar lo que proponemos hacer y porqué. En definitiva, lo que se propone es hacer un juicio reflexivo sobre qué creer y qué hacer y este juicio debe constituir el centro del pensamiento crítico que es lo que nos permite razonar y actuar sin rutinas establecidas, de forma individualizada y teniendo en cuenta el contexto en el que se lleva a cabo la decisión.

En esta investigación, el contexto en el que se toman las decisiones es en el de pacientes con necesidades de atención complejas (PCC) y pacientes con necesidades paliativas o cronicidad avanzada (MACA). Ambos se definen como un determinado perfil de presentación de la cronicidad, teniendo como denominador común la complejidad, entendiéndola como la dificultad de ofrecer a la persona una respuesta óptima a su perfil de necesidades de gestión difícil (complejidad clínica) que depende en gran medida de la capacidad tanto de los profesionales y del sistema (complejidad del sistema asistencial) como de la capacidad de la persona y de su entorno para poder gestionar dichas necesidades (complejidad contextual).

En relación con los modelos de toma de decisiones que se explican, se resaltan el modelo de decisiones compartidas, el de planificación anticipada de las decisiones y el de la atención centrada en la persona dado que, aparte de complementarse, aportan una visión opuesta a la de otros abordajes más clásicos de corte paternalista. Son modelos que apuestan por una atención individualizada, con un rol activo y participativo de los pacientes y su entorno afectivo y comparten el respeto a su autonomía. El objetivo común de estos modelos es realizar una atención proactiva, integrada, más centrada en el paciente y en sus necesidades, para mejorar tanto la calidad asistencial como la experiencia de atención percibida, los resultados de salud y la calidad de vida, así como realizar un mejor uso de los recursos.

Para finalizar el capítulo y atendiendo a que el abordaje de las situaciones complejas no resulta sencillo y los profesionales sanitarios necesitamos instrumentos que puedan ayudarnos en la toma de decisiones se explican los más relevantes y útiles para realizar una aproximación clínica a la fragilidad, al riesgo de discapacidad, a la necesidad de atención paliativa y al riesgo de morir. Esta aproximación permite de forma precoz, establecer planes de cuidados individualizados, potenciar la planificación anticipada de las decisiones y tomar decisiones compartidas durante todo el proceso, ayudando todo ello a mejorar la calidad de la atención.

CAPÍTULO 3

3.3. LA FORMACIÓN CONTINUA EN EL DESARROLLO DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES

«La formación continua se debe afrontar como un proceso individual, permanente y continuo, que engloba el crecimiento personal a lo largo de la vida, así como el desenvolvimiento y actualización de la actividad profesional»

(Juan Luis Cabanillas García, 2019)

La formación continua como herramienta para el desarrollo de las competencias profesionales

Hoy en día, la sociedad está inmersa en una situación compleja a la vez que cambiante, lo que requiere la continua actualización formativa de los profesionales. Basándonos en el contexto socioeconómico actual, caracterizado por la globalización, la creciente competencia y el rápido desarrollo tecnológico es necesario tener una visión distinta del concepto de formación ya no solo por parte de los destinatarios entendidos como los trabajadores de una empresa, sino por las propias empresas que los organizan y diseñan, las administraciones públicas y, en definitiva, todos los agentes involucrados (Aznar Díaz et al., 2018). La formación continua es el motor de propulsión de la sociedad en la que vivimos ya que se necesitan personas capacitadas, competitivas y actualizadas para superar los desafíos y retos de la sociedad actual (Salinero Martín y Simoes Pinto, 2007).

La competencia profesional es un concepto que implica acción en un contexto y movilización del conocimiento. Una de las herramientas esenciales, considerada parte integrante del proceso de desarrollo de las competencias profesionales, para potenciar e integrar conocimientos nuevos es la formación continua (Ferreira et al., 2019).

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Ley 44/2003) define la formación continua (FC) como el “proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización y que destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario”. Dicha ley ha sido la impulsora de la acreditación actual de la formación continua (Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España, 2019).

Por otro lado, la OMS define la formación continua⁵ como “la formación que siguen los profesionales con la finalidad de mantener y mejorar su nivel de competencia profesional, así como lograr los objetivos de la organización”. Como se puede ver en estas definiciones, la formación continua puede ser vista como parte o componente del proceso de desarrollo profesional o puede tener como consecuencia el desarrollo profesional del trabajador (González y Barba, 2014). Desde la perspectiva del desarrollo profesional, la formación continua se debe afrontar como un proceso individual, permanente y continuo, que engloba el crecimiento personal a lo largo de la vida, así como el desarrollo y actualización de la actividad profesional (Cabanillas, Luengo, y Torres, 2019; Ferreira, Cubo, y Carioca, 2017).

Por tanto, se puede concluir que la formación continua es aquella formación que recibe una persona después de haber finalizado su formación inicial en una profesión, con el objetivo de ampliar o perfeccionar sus competencias profesionales. Por lo tanto, es la formación dirigida a los profesionales en activo que pretenden mejorar sus conocimientos, habilidades y actitudes para el desarrollo de su profesión (Pineda-Herrero y Sarramona i López, 2006). Las profesiones evolucionan y están en constante cambio, al igual que los intereses y necesidades de los trabajadores en relación con sus puestos de trabajo. La FC es la estrategia que permite que las exigencias de la profesión converjan con las necesidades del profesional, facilitando así tanto la adaptación como el desarrollo constante de los entornos laborales (Pineda-Herrero y Sarramona i López,

⁵ En adelante se utilizarán los términos “formación continua” y “formación” indistintamente, teniendo el mismo significado. En el caso de referirse a otro tipo de formación, se especificará el término completo.

2006). Como explica Cuadra-Martínez et al. (2018) la FC debe ser de calidad, que implique el desarrollo integral del profesional y que contribuya a la construcción de una identidad profesional pero apuesta para que ésta vaya más allá de la racionalidad técnica y productiva, centrándose más en incrementar el valor de la profesión, en conseguir que la motivación sea el motor de aprendizaje de los profesionales y, sobre todo, en su desarrollo como personas responsables, comprometidas y consecuentes (Ferreira et al., 2017).

El primer paso, en el marco de la política de las organizaciones, debe ser un compromiso serio en el desarrollo de las competencias profesionales de sus trabajadores, partiendo de las necesidades de la organización y objetivos estratégicos que se han de conseguir y de las necesidades de desarrollo profesional y social de sus trabajadores. Desde la perspectiva empresarial, es imprescindible que la formación continua se encuentre integrada dentro de la propia estrategia de la empresa y de su plan de acción dado que esto favorece a aumentar la satisfacción laboral y a mejorar el rendimiento y la productividad (Lopez Rodrigo et al., 2017).

Se resalta en este apartado la importancia de la formación continua asociada al desarrollo profesional, que permite desarrollar las competencias de los trabajadores, incrementando así el valor de la profesión y sobre todo remarcando que, sin motivación es muy difícil garantizar aprendizaje y, por tanto, compromiso con la profesión. En relación con ello, en el siguiente apartado se incide en la importancia de formar los profesionales de la salud sobre todo por la necesidad, ya no sólo de estar actualizados en prácticas basadas en la evidencia si no también, por la necesidad de desarrollarse como personas reflexivas, críticas, resolutivas y altamente motivadas en el contexto cambiante en el que nos encontramos en la actualidad.

La formación continua de los profesionales de enfermería

El Sector Sanitario es un entorno que sufre cambios rápidos en el conocimiento y por ello, es fundamental que el personal de enfermería, actualice y complemente su formación académica de forma permanente, con el objetivo de poder prestar cuidados de calidad y una práctica basada en la evidencia científica (Tejada, Ramírez, Díaz, y

Huyhua, 2019). A su vez, la elevada demanda de los servicios sanitarios, y la consecuente sobrecarga de trabajo que genera, hace cada vez más necesario que las instituciones sanitarias generen propuestas formativas que se adecuen a las necesidades, capacidades y habilidades técnicas y personales de los profesionales de enfermería (Barbera, del Carmen, et al., 2015).

Distintos organismos tanto nacionales como internacionales recogen la importancia de la formación continua en el ámbito sanitario. El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) adoptó por primera vez un Código Deontológico Internacional de ética para enfermeras en 1953 y su última revisión y en relación con la formación continua, mantiene que la enfermera (Consejo Internacional de Enfermeras, 2017):

- ✓ “Debe rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua” así como a “contribuir activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación”.
- ✓ “Debe proporcionar oportunidades de enseñanza y aprendizaje en fijación de normas para la práctica, investigación, formación y gestión de enfermería e influir para conseguir oportunidades de formación continua y normas de calidad de los cuidados”
- ✓ “Impartir formación continua en las cuestiones y dilemas éticos”

También el CIE en dicho código promueve a las asociaciones nacionales dar facilidades para la formación continua mediante publicaciones, conferencias o formación a distancia.

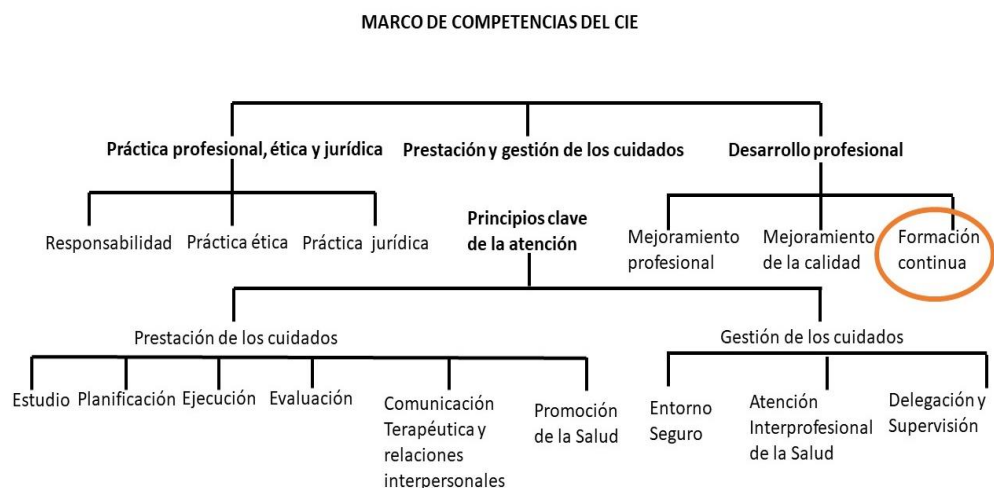
En el año 1989 se aprobaron las normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de Enfermería de España con carácter obligatorio y en la resolución nº 32/89 del Consejo General de Enfermería, concretamente en el capítulo XI constan los siguientes artículos relacionados con la formación y la investigación de la enfermera (Consejo General de Enfermería, 1989):

- ✓ Artículo 69: “La Enfermera/o no solamente estará preparada para practicar, sino, que deberá poseer los conocimientos y habilidades científicas, que la *lex Artis*, exige en cada momento a la Enfermera competente”

- ✓ Artículo 70: “La Enfermera/o será consciente de la necesidad de una permanente puesta al día y mediante la educación continuada y desarrollo del conjunto de conocimientos sobre los cuales se basa su ejercicio profesional”
- ✓ Artículo 71: “La Enfermera/o deberá valorar sus propias necesidades de aprendizaje, buscando los recursos apropiados y siendo capaz de autodirigir su propia formación”.
- ✓ Artículo 72: “La Enfermera/o debe asumir individual y colectivamente la responsabilidad de la educación en la Enfermería a todos sus niveles”.
- ✓ Artículo 73: “La Enfermera/o debe procurar sistemáticamente, en el campo de su actividad profesional con el fin de mejorar los cuidados de Enfermería, desechar prácticas incorrectas y ampliar el cuerpo de conocimientos sobre los que se basa la actividad profesional”

Además de todo lo comentado anteriormente, también queda visible, en el Marco de competencias del CIE, cómo la formación continua es una competencia clave dentro del desarrollo profesional (Figura 12).

Figura 12. Marco de Competencias del Consejo Internacional de enfermeras para la enfermera generalista.



Fuente: Alexander y Runciman, (2003)

El CIE considera que la enfermera competente en formación continua es aquella que:

- Examina periódicamente su propia práctica.
- Asume la responsabilidad del aprendizaje y el mantenimiento de la competencia a todo lo largo de la vida.
- Actúa para satisfacer las necesidades de formación continua.
- Contribuye a la formación y al desarrollo profesional de los estudiantes y de los compañeros.
- Actúa como mentor efectivo.
- Aprovecha las oportunidades de aprender con otras personas que contribuyen a la atención de salud.

Barbera et al., (2015) investigó cómo la formación continua de los profesionales de enfermería se adecuaba a sus puestos de trabajo. Concluyó en su artículo que el 90% de las enfermeras consultadas indicaba que necesitaba mayor formación para el desempeño de su actividad profesional pero en contrapartida consideraban que su formación académica de postgrado y los cursos de formación continua que habían realizado no eran adecuados a su puesto de trabajo ni a sus necesidades laborales. En relación con esto, las instituciones tienen que tener muy claro con qué objetivos diseñan los cursos formativos y los profesionales de la salud tienen que analizar muy bien cuáles son sus necesidades y con qué finalidad se quieren formar. En el siguiente apartado se muestran los objetivos más relevantes de la formación continua dirigida a profesionales de la salud.

Objetivos de la formación continua

Como se ha visto en el apartado anterior y como explicita la Ley Orgánica 2/2006 de 3 de Mayo (Ley Orgánica 2/2006 de 3 de Mayo (Educación), 2006), la formación continua (FC) va dirigida a profesionales en activo que pretenden mejorar sus conocimientos, habilidades y actitudes para el desarrollo de su profesión y uno de sus objetivos principales es ampliar y perfeccionar las competencias profesionales. Las profesiones evolucionan y están en constante cambio, al igual que los intereses y

necesidades de los profesionales en relación con sus puestos de trabajo. La FC es una de las mejores estrategias que permite que las exigencias de la profesión converjan con las necesidades del profesional, posibilitando así, tanto la adaptación como el desarrollo constante de los entornos laborales (Pineda-Herrero y Sarramona i López, 2006).

Según el Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España los objetivos de la Formación Continua en ciencias de la salud son (Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España, 2019):

- ✓ Garantizar la actualización de los conocimientos de los profesionales y la permanente mejora de su cualificación, así como incentivarles en su trabajo diario e incrementar su motivación profesional.
- ✓ Potenciar la capacidad de los profesionales para efectuar una valoración equilibrada del uso de los recursos sanitarios en relación con el beneficio individual, social y colectivo que de tal uso pueda derivarse.
- ✓ Generalizar el conocimiento, por parte de los profesionales, de los aspectos científicos, técnicos, éticos, legales, sociales y económicos del sistema sanitario.
- ✓ Mejorar en los propios profesionales la percepción de su papel social y de las exigencias éticas que ello comporta.
- ✓ Posibilitar el establecimiento de instrumentos de comunicación entre los profesionales sanitarios

A todo ello, la Asociación Malagueña de Educación y Formación Europea añade otros objetivos relacionados con las necesidades específicas de las organizaciones y con la mejora de la situación laboral de los profesionales (Asociación malagueña de educación y formación europea, 2019):

- ✓ Reforzar el nivel de cualificación de los profesionales en los diferentes sectores, evitando así el estancamiento en su cualificación y mejorando por tanto su situación laboral y profesional.
- ✓ Responder a las necesidades específicas de las organizaciones
- ✓ Potenciar la competitividad de las instituciones

- ✓ Adaptar los recursos humanos a las innovaciones tecnológicas y a las nuevas formas de organización del trabajo.
- ✓ Propiciar el desarrollo de nuevas actividades económicas.

Partiendo de todos estos objetivos, Pineda-Herrero, Ciraso, y Quesada, (2014) añaden en su artículo que para que una formación sea eficaz debe:

- ✓ Estar vinculada a las necesidades del puesto de trabajo.
- ✓ Generar una reacción positiva, por parte de los participantes, hacia la formación, su diseño y el formador;
- ✓ Ser considerada útil por los participantes y, además, considerar ellos mismos que su aplicación exitosa depende de ellos (locus control interno).
- ✓ Ser realizada en un entorno laboral que permita la transferencia.
- ✓ Permitir un proceso de rendición de cuentas a los jefes

Atendiendo a lo comentado en este apartado, se concluye que la formación continua es la vía más adecuada para mantener las competencias profesionales, garantizando su desarrollo y adaptación en el lugar de trabajo, corregir y detectar nuevas necesidades formativas, y favorecer a su vez, la correcta utilización de los servicios sanitarios garantizando la calidad de la atención (Barbera, Cecagno, et al., 2015).

Es por ello, que en esta investigación se utilizará la formación continua para desarrollar la competencia toma de decisiones en enfermeras con el objetivo de que sean capaces de trascender el actuar rutinario, para convertirse en profesionales reflexivos que resuelvan problemas y tomen decisiones asertivas que aseguren la calidad y la seguridad en las prácticas del cuidado.

Modalidades de la formación continua e integración de las tecnologías de la información y comunicación (TIC)

La formación continua puede llevarse a cabo de forma presencial, totalmente virtualizada (e-learning) o mediante un proceso que conjuga el uso del e-learning con la formación presencial (b-learning). La modalidad presencial es aquella que se imparte con presencia física de alumnado y profesor/a mediante interrelación directa, a

diferencia de la modalidad e-learning en la que no existe presencia física, pero si relación directa mediante entornos virtuales diseñados para este fin. La modalidad que combina la impartición de una misma acción formativa mediante presencialidad y virtualidad se denomina modalidad mixta o blended-learning.

Cada vez hay un mayor número de instituciones, docentes, investigadores y estudiantes que confían en las modalidades virtuales y son numerosas las investigaciones relacionadas con el aprendizaje que se deriva de las formaciones presenciales y virtuales y la mayoría coinciden en concluir que no existen diferencias significativas entre los resultados obtenidos en procesos formativos presenciales o virtuales pero si remarcan que el grado de satisfacción de los profesionales participantes de la formación aumenta cuando combinan las dos modalidades (Carey y Trick, 2013; García, 2017; Pineda-Herrero, Quesada-Pallarés, y Stoian, 2011)

Cabe tener en cuenta que la integración de las TIC como recursos al servicio de la docencia debe ser independiente de la modalidad formativa ya que no se puede estar ajeno a los cambios metodológicos y a la demanda social de ajustarse a la realidad tecnológica (Hernández-Ramos y Torrijos-Fincias, 2019). Las TIC juegan un papel muy importante como recurso didáctico, objeto de estudio, elemento para la comunicación, instrumento para la organización, gestión y herramienta para la investigación independientemente sea la modalidad presencial o virtual (De Miguel, 2005). La capacidad de utilizar la información y la tecnología se está convirtiendo en una necesidad generalizada en la educación enfermera. Una cantidad cada vez mayor de los procesos educativos se realiza a través de internet, debido a que la innovación tecnológica en materia de TIC ha permitido la creación de entornos que abren la posibilidad de desarrollar nuevas experiencias comunicativas posibilitando la realización de diferentes actividades no imaginables hasta hace poco tiempo. Así, a las tradicionales modalidades de enseñanza presencial y a distancia, se suma la enseñanza online, virtual o e-learning, que usa redes telemáticas a las que se encuentran conectados los profesores y los alumnos para conducir y realizar las actividades de enseñanza-aprendizaje (Arandojo y Martín, 2017).

En esta investigación se utilizará la formación continua con modalidad presencial y soporte de las TIC para desarrollar la competencia profesional toma de decisiones en

el contexto de atención al paciente crónico con necesidades complejas. Como se explicará en el apartado de metodología, esta formación se llevará a cabo mediante acciones formativas pensadas y diseñadas para cubrir las necesidades de las enfermeras que están a primera línea del cuidado de estos pacientes crónicos. En el siguiente apartado se explican los pasos indispensables para diseñar y desarrollar una acción formativa con el objetivo de entender posteriormente el diseño de las acciones formativas que se llevan a cabo en esta investigación.

Diseño de acciones formativas

La regulación de las iniciativas y programas de formación continua, los requisitos de las acciones formativas, sus destinatarios y la forma de adquisición de las competencias adquiridas por los trabajadores, así como los instrumentos de evaluación se establecen actualmente en el Real Decreto 694/2017 (Real Decreto 694/2017, 2017) de 3 de Jul (Desarrollo de la Ley 30/2015, Formación Profesional para el Empleo). En el marco de este Real Decreto y según las aportaciones de (López y Leal, 2002) se concretan a continuación, los pasos que se deben tener en cuenta para diseñar y desarrollar una acción formativa:

1. Detección de necesidades: Se basa en la detección de carencia de conocimientos, aspiraciones, dificultades, deseos, preocupaciones o expectativas del profesional en relación con sus actividades diarias (Ferreira et al., 2017). Las necesidades formativas se deben identificar siempre antes de implementar cualquier formación (Bayne, Knox, y Ross, 2015) y en el ámbito de la salud, no sólo hay que considerar las necesidades del equipo de enfermería sino también de los usuarios, que son los que en último lugar se van a beneficiar de la formación y de los proveedores de la formación (Barbera, Cecagno, et al., 2015). Las nuevas competencias de los profesionales de enfermería, el desarrollo médico y científico de técnicas a desarrollar, la libre circulación de estos profesionales y la diversidad cultural y social de nuestros días determina de forma muy directa las necesidades y demandas de los colectivo de salud (Shamianl, 2014).

2. Definir los objetivos formativos: ¿qué queremos conseguir con la formación?

Es indispensable definir los objetivos generales y específicos de la acción formativa para que éstos respondan a las necesidades de los profesionales y clarifiquen lo que deberán ser capaces de hacer una vez finalizada la formación (de Carvalho et al., 2018).

3. Definir los contenidos formativos: Deben ser claros y concisos y es indispensable que respondan a los objetivos propuestos.

4. Definir las estrategias docentes: Se deben utilizar metodologías docentes innovadoras dirigidas a una educación más abierta (Bayne et al., 2015) que potencie la reflexión y el pensamiento crítico (Moreno y Siles, 2015) para crear profesionales autónomos, con poder de decisión, racionales, autodirigidos, con habilidades de acceder a información de forma instantánea y altamente motivados (Morán Peña, 2014).

5. Definir el momento y el lugar en el que se llevará a cabo la formación: Es importante conocer previamente a la implementación del curso, el contexto estructural del aula física o virtual, así como el horario de impartición teniendo en cuenta que puede impartirse dentro del horario laboral, fuera o mixto.

6. Definir los destinatarios (profesionales): Se identifican mediante la detección de sus necesidades formativas. De manera más o menos generalizada, la tendencia en el diseño de las formaciones va muy dirigido a la consecución de resultados finales sin contemplar, a menudo, los puntos de vista de estos destinatarios y sus niveles de desarrollo profesional hecho que repercute en su interés, motivación y aprendizaje (Lupión y Gallego, 2017).

7. Definir los recursos de la acción formativa refiriéndose a los recursos financieros, físicos, tecnológicos y humanos.

8. Seleccionar y formar a los formadores siendo uno de los elementos principales para garantizar el éxito de la formación impartida. Salinero y Simoes (2007) sugieren que el formador exitoso debe disponer de tres tipos de competencias: las relacionadas con el dominio de la formación, las competencias pedagógicas y las relacionales.

Además de los pasos comentados anteriormente, y como se verá más adelante, es muy importante orientar la formación para posteriormente, transferir lo aprendido en el lugar de trabajo. Diversos autores afirman (Quesada, Ciraso-Calí, Espona-Barcons, y Pineda-Herrero, 2014); Velada, Caetano, Michel, Lyons, y Kavanagh, 2007) que los esfuerzos de diseñar una formación también deben asegurar la transferencia, por lo que las organizaciones deberían diseñar sus acciones formativas incluyendo el diseño de aquellas prácticas que incrementan las posibilidades para que dicha transferencia se produzca. Para elaborar el diseño de la transferencia por un lado, la formación tiene que ser diseñada para favorecer a los profesionales participantes que aprendan conocimientos, habilidades y actitudes y que sean capaces de utilizarlos eficazmente en su contexto laboral y por otro lado, que la formación encaje con las necesidades del puesto de trabajo (Granado, Puig, y Aguila, 2012).

Cuando hablamos de diseño de transferencia Pineda-Herrero, Quesada-Pallarés, y Ciraso-Calí (2014) se refieren, tal y como se indica en la Tabla 15, a las diferentes estrategias de transferencia que se deben tener en cuenta antes, durante y después de la formación.

Tabla 15. Estrategias de transferencia para tener en cuenta antes, durante y después de la formación

Antes de la formación (<i>diseño</i>)	Durante la formación (<i>operativización</i>)	Después de la formación (<i>aplicación</i>)
Identificar las necesidades de formación reales	Aproximación o escenificación del entorno laboral	Evaluar el logro de los objetivos
Establecer objetivos de aprendizaje operativos	Vincular la formación a los problemas reales	Crear sistemas de seguimiento: informes, entrevistas.
Determinar el nivel de entrada del grupo	Actividades y ejercicios transferibles	Implicar activamente a los agentes clave
Diseñar una metodología activa	Orientaciones que potencien la transferencia	Detectar y superar barreras
Implicar en el diseño a los agentes clave	Elaborar un plan de acción o de transfer	

Fuente: Elaboración propia, extraído de Pineda-Herrero, Quesada-Pallarés y Ciraso-Calí (2014)

De todos los pasos para diseñar y desarrollar una acción formativa, en el siguiente apartado, nos centraremos en las estrategias docentes más adecuadas para garantizar tanto el aprendizaje adquirido en la formación como su grado de transferencia en el lugar del trabajo. Por tanto, nos centraremos en las estrategias docentes que más desarrollan las competencias en los profesionales de enfermería.

Estrategias docentes para el desarrollo de las competencias profesionales

El rendimiento de los profesionales que se forman depende más de los diseños pedagógicos de cada acción formativa que de los recursos seleccionados para el aprendizaje (Tejada Ramírez et al., 2019). Con diseños rigurosos, sean en formatos presenciales o en modalidad virtual, los resultados no difieren significativamente (García, 2017). A continuación, se explicarán las cuatro estrategias docentes que más facilitan el aprendizaje y que, por tanto, más propician el desarrollo de las competencias profesionales sobre todo si se utilizan de forma complementaria entre ellas.

Aprendizaje significativo

Las teorías del aprendizaje actuales propician la formación para que los participantes sean participativos, autónomos y se involucren, de manera consciente y por tanto crítica, en todo el proceso educativo (Guerra-Santana, Rodríguez-Pulido, y Artiles-Rodríguez, 2018).

Se entiende por aprendizaje significativo la acción progresiva del pensamiento en la que las funciones de interpretación, reflexión-crítica y producción, ponen en juego los saberes previos en relación con la nueva información, originando la producción de nuevo conocimiento que, en su misma dinámica, incita la transformación (Zambrano, Vallejo, y Uribe, 2017). Idealmente, se busca que el estudiante logre un aprendizaje significativo entendiéndolo desde Ausubel (2002) como el aprendizaje no memorístico que relaciona la información que provee de la enseñanza con los conocimientos previos del estudiante. En 1963, David Ausubel, considerado el creador de esta teoría, publicó la monografía "The Psychology of Meaningful Verbal Learning" donde por primera vez

trata de explicar el significado del aprendizaje significativo en contraposición con el aprendizaje memorístico.

Los elementos fundamentales del aprendizaje significativo recaen en que potencian la pedagogía crítica, lo cual construye un nuevo perfil de estudiante que se involucra desde una posición activa en su propio proceso de aprendizaje y cuenta con un ambiente de aprendizaje promovido por las nuevas tecnologías (Serrano, Herrero, Chirino, y Palma, 2018), como por ejemplo el aprendizaje móvil (García, 2017).

Los elementos claves que garantizan la construcción del conocimiento en el aprendizaje significativo parten de la aplicación de prácticas educativas que motivan la reflexión, la crítica y la participación junto con el planteamiento de estrategias que guían a los estudiantes para trabajar de forma autónoma (Serrano et al., 2018).

Aprendizaje experiencial

Otra de las metodologías de enseñanza-aprendizaje innovadora es el Aprendizaje Experiencial (AE). Esta metodología responde a la necesidad de adaptarse a las circunstancias de contexto actuales, superando las limitaciones de la educación tradicional. Se entiende por AE el aprendizaje que se consigue mediante el involucramiento de la persona en una interacción directa con el fenómeno que se está estudiando, y no desde una contemplación distante. Se enfatiza que el estudiante sea partícipe de un proceso de reflexión personal que otorgue significado a la experiencia vivida (Fuentes Olavarría et al., 2018).

David Kolb como máximo exponente de este tipo de aprendizaje explica que es una metodología que permite la interactividad, promueve la colaboración y el aprendizaje mutuo y activo (Kolb, 2015).

Como bien explica Camilloni (2013), la clave del aprendizaje experiencial para la construcción de su significado es el proceso reflexivo del estudiante. Es un proceso por el cual una vivencia se convierte en “experiencia” y ésta en un aprendizaje reconocido como tal. El uso de las habilidades del razonamiento crítico y creativo es lo que ayuda a aprender de la experiencia y examinar el contexto en el que ocurre la experiencia (Moreno y Siles, 2015).

Este tipo de aprendizaje se fundamenta en la experiencia y en escenarios reales en el que suceden problemas nuevos, no rutinarios que obligan a observar, comprender, razonar, dudar y decidir mucho más que si se aprendiera mediante situaciones simuladas (Morán Peña, 2014). El AE se fundamenta en el “know how” (saber cómo) y esto permite tanto el reconocimiento de patrones como de respuestas intuitivas en el juicio experto de enfermería. Siguiendo la filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica, cabe decir, que esto se logra de manera progresiva ya que el entendimiento de situaciones complejas sólo se da a través de la experiencia y con el análisis de situaciones similares y contrastantes (Carrillo, Martínez, y Taborda, 2018).

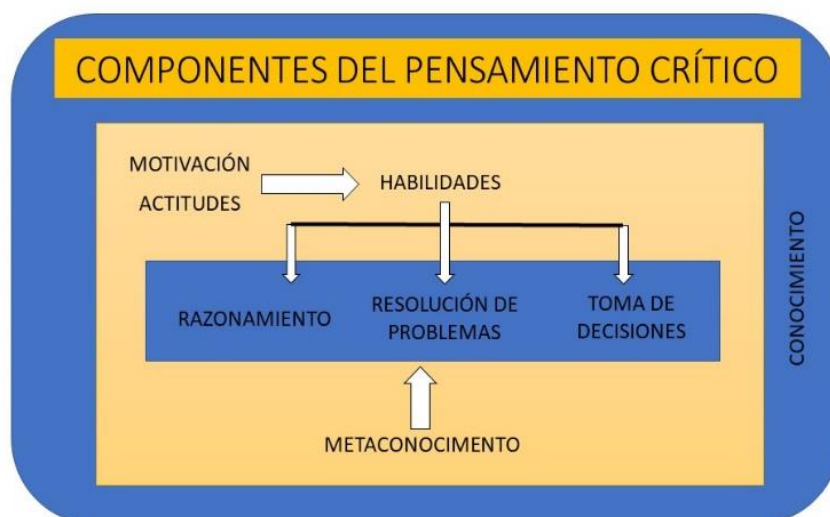
Pensamiento crítico y práctica reflexiva

En el capítulo 2 se han estudiado estos dos conceptos como herramientas imprescindibles para facilitar la toma de decisiones en el ámbito de la salud y en este apartado los retomaremos para explicar cómo en un proceso formativo, ayudan a potenciar el desarrollo de las competencias profesionales. Ambos conceptos no se pueden contemplar por separado dado que la práctica reflexiva implica siempre el desarrollo de un pensamiento crítico. A continuación, definiremos los dos conceptos para posteriormente ver como ambos y de forma relacionada permiten desarrollar dichas competencias en el marco de la formación continua.

El **pensamiento crítico** es un proceso de búsqueda de conocimiento, a través de las habilidades de razonamiento, solución de problemas y toma de decisiones, que nos permite lograr, con la mayor eficacia, los resultados deseados (Roca, 2013; Saiz y Rivas, 2008). Aun así, tener la habilidad de pensar de manera eficaz implica algo más allá de razonar, solucionar problemas y tomar decisiones, implica también motivación y metacognición (Halpern, 2003) . La motivación entra en juego antes que las habilidades y gracias a ella se ponen, dichas habilidades, en funcionamiento (Pucheu, 2018). Por otra parte, el metacognición nos permite una dirección, organización y planificación de nuestras habilidades de manera rentable, y actúa una vez que las capacidades han empezado a funcionar (Saiz y Rivas, 2008). Relacionando ambos conceptos se puede concluir que la motivación es el elemento principal que permite

poner en funcionamiento las habilidades, y el conocimiento permite organizar y planificar dichas habilidades de manera eficaz. Por tanto, la motivación activa nuestras habilidades y el metaconocimiento consigue que sean más eficaces (Figura 12).

Figura 13. Componentes del pensamiento crítico



Fuente: Elaboración propia en base al modelo de pensamiento crítico de Halpern (2003) y adaptado de Roca Llobet (2013) y Saiz y Rivas (2008).

En cuanto a la **práctica reflexiva** existen dos modelos que la definen. Uno es encabezado por Schön (1992) que establece la práctica reflexiva como el conocimiento tácito que surge de la acción inmediata y el otro modelo descrito por Habernas (Moreno y Siles, 2015) que describe que la práctica reflexiva va desde la descripción e interpretación de la situación que se aborda, pasando por la búsqueda de motivos que generan esa situación para poder llegar a modificarla y, finalmente, evaluar la capacidad de modificarla. Por tanto, formar a los profesionales en torno a la práctica reflexiva proporciona elementos que fundamentan nuestras actuaciones en la acción, pudiendo hacer de ella nuestra principal herramienta de trabajo (Lupi3n y Gallego, 2017).

El enfoque de actuaci3n que se propone en esta investigaci3n es desarrollar metodologías que a partir de las experiencias y teorías implícitas (creencias) de los profesionales de enfermería, coloquen el punto de partida en una formaci3n realista que apunte hacia la integraci3n de la persona con sus experiencias personales, sus

conocimientos teóricos, sus propias representaciones sobre lo que es enseñar y aprender así como sus experiencias en su práctica clínica diaria, y todo ello a través de la reflexión y el pensamiento crítico.

El objetivo de la formación continua, mediante la reflexión en la práctica y el pensamiento crítico, es crear profesionales que apuesten más por la práctica reflexiva que por la racionalidad técnica (Moreno y Siles, 2015); bien informados; de mente abierta; flexibles (Lupi3n y Gallego, 2017); justos cuando se trata de evaluar; honestos cuando confrontan sus sesgos personales; prudentes al emitir juicios; dispuestos a reconsiderar y si es necesario a retractarse (Saiz y Rivas, 2008); claros con respecto a los problemas o las situaciones que requieren la emisi3n de un juicio; ordenados cuando se enfrentan a situaciones complejas; diligentes en la b3squeda de informaci3n relevante (Andreu-Andr3s y Garc3a-Casas, 2014); razonables en la selecci3n de criterios y persistentes en la b3squeda de resultados tan precisos como las circunstancias y el problema o la situaci3n lo permitan (Moreno y Siles, 2015). Todos estos elementos permiten que los profesionales est3n m3s motivados en el trabajo, progresen m3s profesional y personalmente, provoquen nuevas formas de pensar, de aprender a aprender, y sean capaces de incorporar nuevos conocimientos, habilidades y actitudes que permitan al m3ximo el desarrollo de sus competencias profesionales y sus capacidades personales (Tejada-Fern3ndez y Nav3o-G3mez, 2005).

Para concluir este apartado, podemos decir que se trata de formar para cambiar, y de ese cambio, aprender.

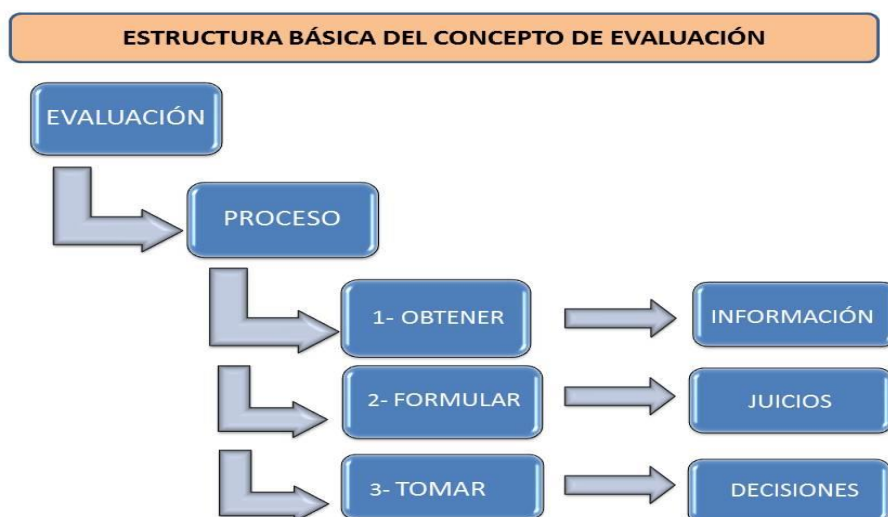
La evaluaci3n de la formaci3n continua

Considerando que la formaci3n continua tiene como objetivo principal cualificar a los profesionales que realizan la formaci3n para ser competentes, es imprescindible que el proceso formativo y sobre todo sus resultados sean sometidos a una rigurosa evaluaci3n.

En relaci3n con el concepto evaluaci3n nos encontramos de nuevo con una polisemia conceptual al respecto. En esta investigaci3n se partir3 de su definici3n m3s simple tal y como postul3 Castillo (2002) quien afirm3 que la evaluaci3n subyace en una

estructura básica a partir de la cual se fundamentan todas sus definiciones (Tabla 16) . El autor parte del concepto de que la evaluación es un proceso mediante el cual se obtiene una información que permite formar juicios y ayuda a tomar las decisiones más adecuadas.

Tabla 16. Estructura básica del concepto de evaluación



Fuente: Elaboración propia, adaptada de Castillo (2002)

En la misma línea Ahumada (2003) define evaluación como “un proceso de delinear, obtener, procesar y proveer información válida, confiable y oportuna sobre el mérito y valía del aprendizaje de un estudiante con el fin de emitir un juicio de valor que permita tomar decisiones”(p.18). A esta definición, Aramendi (2006) añade que este proceso debe ser estructurado y sobre todo reflexivo para que el estudiante pueda emitir juicios justos y adaptados a la naturaleza del objeto de estudio. También afirma que este enfoque sobre la evaluación de la formación permite no sólo evaluar los aprendizajes significativos sino las estrategias de pensamiento desarrolladas por los profesionales participantes en la formación.

Para finalizar incluimos la definición de Cano (2008) que contempla la evaluación como una “*encrucijada didáctica*” (p.9) ya que la evaluación es efecto, pero a la vez causa de los aprendizajes. Es efecto porque ayuda a valorar en qué grado el estudiante posee y domina una determinada competencia analizando los resultados del proceso

enseñanza-aprendizaje para asegurar la consecución del objetivo y es causa porque ayuda a generar y desarrollar nuevos contenidos formativos.

Sobre la base de la estructura básica planteada por Castillo (2002), es indispensable ampliar la definición de evaluación de la formación en función de la intencionalidad educativa que se persigue y de otras circunstancias variables como son: el momento (cuándo evaluar), la finalidad (para qué evaluar), el objeto (qué evaluar), el paradigma (cómo evaluar), los evaluadores (quienes evalúan), los estudiantes/profesionales (quienes son evaluados). Estas variables, Castillo (2002) junto con otros autores como Tejada et al. (2008) las denominan **dimensiones básicas de la evaluación** (Tabla 17).

Tabla 17. Dimensiones básicas de la Evaluación



Fuente: Elaboración propia adaptada de Castillo (2002); J. Tejada et al.(2008)

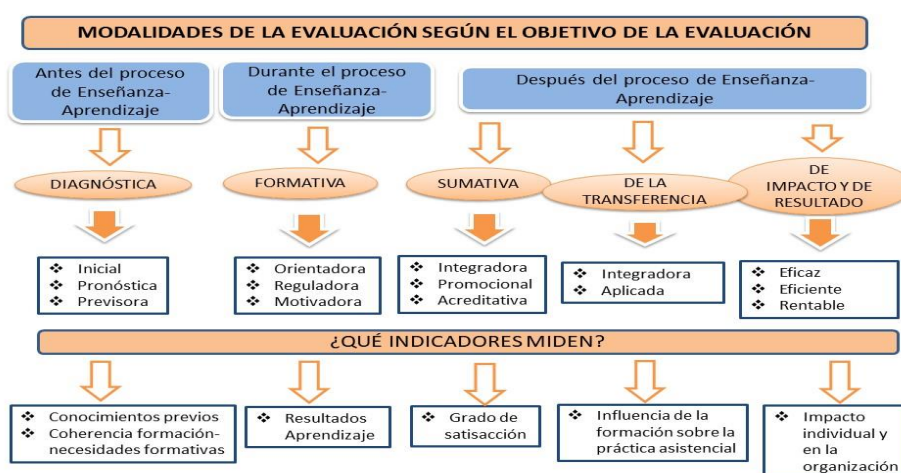
Como se puede observar en la Tabla 17, esta diversidad de perspectivas da lugar a cinco modalidades de evaluación según el objetivo de la formación (Castillo Arredondo, 2002; Pineda-Herrero, 2000):

- ◆ La *evaluación diagnóstica* ofrece información a los docentes sobre el nivel de conocimiento previo de los estudiantes y se centra en el análisis de la coherencia

pedagógica de la formación diseñada y su adecuación a las necesidades formativas detectadas en la organización y en los participantes.

- ◆ La *evaluación formativa* mejora el proceso de enseñanza-aprendizaje ofreciendo información tanto a los docentes como a los estudiantes sobre el progreso de los aprendizajes y el avance en el logro de los objetivos planteados.
- ◆ La *evaluación sumativa* valora la efectividad del proceso de enseñanza. Se centra en los resultados finales obtenidos por los participantes en términos de competencias alcanzadas al finalizar la formación y grado de satisfacción (Novak, J. y Gowin, 1983; Manríquez, 2012).
- ◆ La *evaluación de la transferencia* determina el grado en que los participantes aplican a su lugar de trabajo lo que han aprendido y las competencias alcanzadas con la formación.
- ◆ La *evaluación de impacto* una vez transcurrida la acción formativa permite verificar la permanencia y la consistencia de los cambios producidos en quienes han realizado la formación, en la mejora de las prácticas profesionales...Esta evaluación permite determinar la eficacia, eficiencia, validez y utilidad del programa formativo, así como su impacto en la práctica asistencial.
- ◆ La *evaluación de resultado* que valora la influencia de la formación sobre los resultados de la organización.

Tabla 18: Modalidades de la evaluación según el objetivo de la evaluación y sus indicadores



Fuente: Elaboración propia adaptada de Castillo, (2002); Pineda-Herrero, (2000); Tejada et al. (2008)

Aunque todas las modalidades de evaluación son imprescindibles en todo proceso formativo, cabe destacar que la comunidad científica resalta que todas ellas tienen que estar pensadas y diseñadas para hacer el cambio de una evaluación centrada en la calificación, a una evaluación centrada en el aprendizaje. Según Castejón, Santos, y Palacios, (2015) “la evaluación debe vincularse mayoritariamente con el concepto de evaluación formativa, así podremos comprobar los resultados del proceso de aprender y no sólo los resultados que tratan la evaluación como sinónimo de calificación” (p.247). En cambio, Tejada et al. (2008) de estas modalidades apuesta más, por la evaluación de impacto, entendiéndola como aquella evaluación que permite dar respuesta a la pregunta ¿cuáles son los efectos que la formación produce en la organización? Además, la evaluación de impacto permite verificar la aplicabilidad de la formación recibida y cambios producidos y analizar las problemáticas producidas en el proceso de transferencia de los resultados.

López-Pastor y Pérez-Pueyo (2017) realizaron una recopilación de buenas prácticas en evaluación formativa en la que comprobaron que, además de la alta implicación de los participantes en la formación, mejora sus aprendizajes, mejora su autonomía personal y su proceso de aprender a aprender, desarrolla la capacidad de análisis crítico, ayuda a formar personas responsables, mejora el clima del aula y la resolución de problemas de convivencia.

Aun conociendo los beneficios de la evaluación de la formación, sigue siendo una de las funciones menos desarrolladas y que presenta más deficiencias en las instituciones. Esto no significa que las instituciones no evalúen la formación pero la mayoría evalúan la formación dirigida fundamentalmente a (Pineda-Herrero, 2000):

- ✓ Logro de objetivos (87% de las instituciones).
- ✓ Satisfacción de los participantes (100% de las instituciones).
- ✓ Transferencia de la formación al puesto de trabajo (62% de las instituciones)

Para concluir podemos decir que la evaluación debe determinar aquellos puntos de referencia que ayuden a conocer la pertinencia o no de la acción formativa para que el profesional que realiza la formación consiga los objetivos preestablecidos y además, como bien dicen De la Mano y Moro (2009) la evaluación debería comportar y guiar la reflexión sobre el proceso de enseñanza aprendizaje implicando tanto a los docentes

como a los participantes en la formación. A su vez, la evaluación permite medir no solo el aprendizaje sino también el impacto que la formación ha producido sobre las competencias profesionales de los trabajadores que realizan la formación. Por tanto, se concluye que se considera la evaluación como la valoración, no sólo de los objetivos y de la satisfacción, sino del logro de la competencia adquirido por el profesional que se forma. Esto implica en la práctica una reorientación del concepto y del proceso de evaluación del que tradicionalmente se ha utilizado.

Modelos de evaluación de la formación continua

Existen gran variedad de modelos de evaluación de la formación continua, entendiendo como concepto de modelo de evaluación aquel proceso planificado para la persona encargada de elaborar el diseño de la formación. En este apartado se presentan los modelos de evaluación más importantes en el campo de la formación continua.

1. Modelo de Evaluación del Impacto IDEAMS de Chang (2000)

Este modelo describe las siguientes fases para medir el impacto de la formación:

1. **Identificar las necesidades (I):** Esto es necesario para saber si la formación puede mejorar el rendimiento laboral y como puede lograrlo. Esta fase incluye no sólo la identificación de necesidades formativas, sino también la definición de los objetivos a conseguir mediante la puesta en práctica de la formación.
2. **Diseño (D):** En esta fase se concreta la planificación de la formación para adecuarla a los objetivos definidos en la primera fase. Es importante elegir el diseño del enfoque de la formación para conseguir mejorar el rendimiento laboral de los profesionales a quienes va dirigida la formación.
3. **Elaboración (E):** Corresponde al diseño de todas las herramientas necesarias para llevar a cabo la formación.
4. **Aplicación (A):** Esta fase es la puesta en práctica de la formación diseñada anteriormente. Se trata de un proceso abierto y flexible para conseguir la mejor adecuación a los objetivos y a las necesidades.
5. **Medición (M):** La quinta fase que plantea Chang alude a la evaluación y medición de los resultados de la formación. Se evalúa la consecución de los

objetivos y los logros en la mejora del rendimiento actual. La medición permitirá detectar fallos a corregir y áreas de mejora.

6. **Seguimiento (S):** Se refiere al seguimiento y consolidación de los aprendizajes con el objetivo de comprobar si los efectos de la formación se mantienen en el tiempo.

2. Modelo para evaluar la Formación Continua de profesionales en ejercicio de Cervero (1984)

Este modelo lo desarrollaron Cervero, Dimmock y Rottet (1984) y posteriormente Dimmock lo completó en 1993. El propósito fundamental del modelo es enlazar la formación continua con el desarrollo profesional de los participantes y se fundamenta en una serie de variables dependientes e independientes. Las variables independientes son las que determinan la evaluación de la formación continua y se definen las siguientes:

- ✓ El programa de formación, diseñado y planificado según las necesidades.
- ✓ Los participantes que realizan la formación, con sus características diferenciales.
- ✓ Los objetivos que se persiguen con la formación.
- ✓ El contexto de trabajo de los participantes objeto de la evaluación.

Como variable dependiente se define un único factor:

- ✓ El desarrollo profesional de los trabajadores.

El enlace entre estos dos tipos de variables, es decir, entre la evaluación de la formación y la evaluación del desarrollo de los trabajadores, es la base del análisis que propone este modelo.

3. Modelo basado en los cuatro niveles (Kirkpatrick, 1959)

El autor conceptualiza la evaluación de la formación como una secuencia de cuatro pasos:

1. **Reacción:** evalúa la satisfacción de los participantes sobre la formación
2. **Aprendizaje:** evalúa el grado en que los participantes mejoran conocimientos, cambian actitudes y desarrollan sus competencias como resultado de la participación en la formación.
3. **Comportamiento:** evalúa el grado en que ocurren los cambios de comportamiento del participante por el hecho de realizar la formación.

4. **Resultados:** evalúa los resultados finales (mejora de la calidad, aumento de la producción, etc.) que se producen en la institución a causa de la participación en la formación.

Dicha secuencia tiene sentido si se entiende cada nivel como una parte esencial en el proceso evaluativo y con un cierto impacto en el siguiente nivel (Kirkpatrick, 2006).

4. Modelo de Grotelueschen (1990)

Este modelo defiende la evaluación de la formación estructurada sobre tres dimensiones:

- ✓ **El propósito de la evaluación:** Para la correcta evaluación de la formación, según este autor, se deben definir detalladamente y de manera previa los objetivos de la evaluación que va a tener lugar. En este caso no se hace referencia a los objetivos de la formación, sino los de la evaluación de esta.
- ✓ **Los elementos del programa:** Otro aspecto que el autor señala para la evaluación es la determinación de los diferentes elementos que constituyen el programa formativo.
- ✓ **Las características del programa:** Finalmente, destaca la necesidad de concretar las características de este programa de formación.

A su vez, estas dimensiones se concretan en ocho aspectos fundamentales a considerar tanto en la planificación como en la evaluación de programas de formación:

- ✓ Propósito de la evaluación.
- ✓ Personas implicadas.
- ✓ Usos de la evaluación.
- ✓ Recursos disponibles.
- ✓ Observación de evidencias.
- ✓ Recogida de datos.
- ✓ Análisis de las evidencias.
- ✓ Transmisión de los hallazgos encontrados tras la evaluación.

5. Modelo de Jackson y Caffarella (1994)

Este modelo de evaluación de la formación va orientado a los resultados y define siete etapas fundamentales del proceso de formación y algunas de ellas son comunes a los modelos que ya hemos visto en este apartado:

- ✓ Identificación de necesidades.
- ✓ Análisis de las necesidades de formación.
- ✓ Descripción por escrito de los objetivos del programa de formación.
- ✓ Desarrollo del programa. Puesta en práctica del programa.
- ✓ Evaluación del programa.
- ✓ Comunicación de resultado

6. Modelo de Robinson y Robinson (1989)

Este modelo se fundamenta en 12 fases orientadas todas ellas a la evaluación de los resultados de la formación y se concreta en una fórmula: Experiencias de Aprendizaje x Contexto=Resultados. Esta fórmula se basa en la relación entre tres factores:

- ✓ El programa de formación diseñado.
- ✓ El contexto en el que se desarrolla la formación.
- ✓ Los resultados y efectos de la formación

7. Modelo de Evaluación de Wade (1998)

Este modelo analiza la evaluación desde el valor que la formación aporta a la organización y se estructura en cuatro niveles:

- ✓ Respuesta: es el grado de adquisición de conocimientos, de modificación de comportamientos, de mejora de habilidades.
- ✓ Acción: Se refiere a la transferencia de lo aprendido en la formación al puesto de trabajo.
- ✓ Resultados: Son los efectos de la formación en el lugar de trabajo y propone medirlos mediante indicadores cuantitativos o duros o cualitativos o blandos.
- ✓ Impacto de la formación: Se basa en el análisis de la relación entre costes de la formación y beneficios obtenidos de su puesta en práctica.

A diferencia del modelo de Kirkpatrick, Wade subdivide la evaluación del impacto de la formación en:

- ✓ La evaluación de los resultados que la formación genera en el puesto de trabajo medible mediante indicadores cualitativos y económicos.
- ✓ La evaluación de los resultados que la formación genera en la empresa por lo que propone el análisis del coste-beneficio como instrumento de medida.

8. Modelo basado en los cuatro niveles de evaluación (Meignant, 1995)

Meignant, en 1995, postuló un modelo de evaluación de la formación basado en cuatro niveles- algunos de los cuales coinciden con el modelo de Kirkpatrick (1959):

1. Evaluación de la satisfacción: Evalúa la opinión de los participantes sobre la formación
2. Evaluación pedagógica: Evalúa si los participantes han adquirido los conocimientos, habilidades y actitudes esperadas.
3. Evaluación de transferencia en los lugares de trabajo: Evalúa la aplicación de lo aprendido.
4. Evaluación de los efectos de la formación: Evalúa si la formación ha alcanzado los objetivos fijados individual y colectivamente.

Este modelo sigue el mismo patrón de niveles consecutivos fijado por Kirkpatrick (1959), entrelazando los niveles de manera sucesiva, no obstante, y por primera vez, aparece el término “evaluación pedagógica” como sinónimo de evaluación de los aprendizajes.

9. Modelo basado en la evaluación de los Resultados de la formación (Cabrera, 1993)

Cabrera planteó un modelo basado en tres de los cuatro niveles de Kirkpatrick (1959). Para este autor el nivel de satisfacción es útil para el análisis del diseño de unas actividades de formación, pero no para evaluar sus resultados ya que la satisfacción no es un resultado de la formación. Explica que si bien es necesario que haya aprendizaje para que pueda haber cambio de conductas, no es necesario que éstos estén satisfechos con la actividad formativa que han realizado. Es por ello por lo que plantea tres niveles basados en la evaluación de los resultados:

1. Evaluación de eficacia o evaluación de aprendizajes
2. Evaluación de efectividad o evaluación de los efectos de la formación sobre los comportamientos y rendimientos profesionales en el puesto de trabajo
3. Evaluación del impacto o evaluación de los efectos de la formación sobre la institución.

A partir de estos niveles, Cabrera (1993) apostó por el concepto de evaluación no como medir, sino como tomar decisiones en base a un juicio de valor.

10. Modelo holístico de evaluación de la formación (Pineda-Herrero, 2002)

Con este modelo, Pineda-Herrero (2002) reunió en un mismo modelo los puntos clave del proceso de evaluación de los modelos comentados anteriormente, partiendo de la clasificación clásica de Kirkpatrick (1959). De esta forma, el modelo holístico aporta una visión integral compuesta por seis niveles de actuación:

- ✓ Primer nivel: satisfacción del participante con la formación.
- ✓ Segundo nivel: logro de los objetivos de aprendizaje.
- ✓ Tercer nivel: adecuación pedagógica del proceso de formación.
- ✓ Cuarto nivel: transferencia de los aprendizajes al puesto de trabajo.
- ✓ Quinto nivel: impacto de la formación en los objetivos de la organización.
- ✓ Sexto nivel: rentabilidad de la formación para la organización.

Pineda-Herrero también menciona el nivel de “adecuación pedagógica” pero a diferencia de Meignant (1995), la autora hace hincapié en que se trata de un nivel importante e indispensable por tanto le otorga un nivel de evaluación en sí mismo.

Del análisis de cada uno de los modelos se ha realizado la tabla 19, en la que se indican los elementos que más consideran cada uno de los modelos de evaluación comentados anteriormente. Estos elementos se pueden dividir en aquellos que los modelos consideran importantes antes de la implementación de la acción formativa:

- ✓ Necesidades de formación
- ✓ Características de los participantes
- ✓ Entorno laboral de los participantes
- ✓ Objetivos de la formación
- ✓ Diseño y planificación de la formación

Y entre aquellos que consideran importantes después de la implementación de

- ✓ La puesta en práctica de la formación
- ✓ La satisfacción de los participantes
- ✓ Consecución de los objetivos
- ✓ Mejora del rendimiento laboral
- ✓ Desarrollo profesional
- ✓ Seguimiento y consolidación de los aprendizajes
- ✓ Coste-Beneficio

Tabla 19. Elementos básicos que configuran los modelos de evaluación de la formación. Elaboración propia

	Necesidades de formación	Características de los participantes	Entorno laboral de los participantes	Objetivos de la formación	Diseño	Puesta en marcha de la formación	Satisfacción de los participantes	Consecución de los objetivos	Mejora del rendimiento laboral	Desarrollo profesional	Consolidación del aprendizaje	Coste-beneficio
Cervero (1984)		x	x	x	x					x		
Kirptricck (1959)							x	x			x	
Grotelueschen (1990)		x	x	x	x			x				
Jackson (1994)	x			x	x	x		x				
Robinson y Robinson (1989)			x		x			x	x			
Wade (1998)						x			x	x	x	x
Meigmant (1995)							x		x	x	x	
Cabrera (1993)								x	x	x	x	
Pineda-Herrero (2002)							x		x	x	x	x
Chang (2000)	x			x	x	x		x	x		x	

De los diez modelos de evaluación de la formación analizados, esta investigación se fundamentará en tres de ellos. En primer lugar, en el modelo de Cervero dado que contempla el diseño de la planificación considerando las necesidades formativas, las características de los participantes, su contexto de trabajo y los objetivos de la formación. En segundo lugar, nos basaremos en el modelo de Kirkpatrick porque evalúa el grado de satisfacción de los participantes, la consecución de resultados y la consolidación de aprendizajes. Y, por último, se tendrá en cuenta el modelo de evaluación de Pineda-Herrero ya que otorga diferentes niveles de evaluación de los que resaltamos, la transferencia del aprendizaje en el puesto de trabajo, el impacto de la formación en los objetivos de la institución y la rentabilidad de la formación para la organización.

Aunque existen muchos modelos de evaluación, los estudios sobre la consolidación de los aprendizajes y de transferencia, como se puede observar en la tabla 19, siguen siendo escasos ya que evaluar la aplicación de aprendizajes en el lugar de trabajo después de que los trabajadores hayan realizado el curso es complejo y costoso. En el siguiente apartado ahondaremos en el concepto de transferencia de la formación y de los elementos que la condicionan.

Transferencia de la formación

La formación continua se considera un proceso de cambio de conducta cuando los cambios se transfieren a la práctica y permiten desarrollar competencias que mejoren la calidad y permitan conseguir la excelencia (Marqués, 2011).

Las competencias existen cuando los trabajadores transfieren, de manera efectiva y a su debido tiempo, los aprendizajes adquiridos mediante las actividades formativas a su puesto de trabajo (Chaves et al., 2010), entendiendo como transferencia de la formación “la aplicación de los conocimientos, habilidades y actitudes aprendidas durante la formación al puesto de trabajo y el consecuente mantenimiento de éstas en un cierto período de tiempo” (Baldwin y Ford, 1988, p. 63).

Este proceso es necesario e indispensable para que la formación sea de utilidad, lo que explica por qué la transferencia se ha convertido en un objeto de estudio en sí mismo,

despertando mucho interés en las últimas décadas por parte de la comunidad científica y los departamentos de formación de las empresas (Quesada-Pallarés, 2014).

Las empresas están preocupadas por conocer en qué medida lo que se aprende en la formación continua se transfiere al lugar de trabajo y, por tanto, en qué porcentaje la institución rentabiliza lo invertido en la formación. Hutchins y Burke (Hutchins y Burke, 2007) ya indicaron que inmediatamente después de la formación, los participantes sólo utilizan el 40% de lo aprendido; este porcentaje disminuye hasta el 25% a los seis meses posteriores a la formación y, hasta el 15% durante el siguiente año. De estos datos se concluye que tan sólo entre el 10 y el 30% de lo aprendido en la formación es transferido al lugar de trabajo; por lo tanto, entre el 70 y el 90% de lo invertido en formación, se pierde.

En los profesionales sanitarios es muy importante tener la capacidad de transferir las competencias que se aprenden en contextos de trabajo diferentes y esto dependerá, fundamentalmente, de los conocimientos y habilidades aprendidas, así como de la capacidad de la persona para tratar con saberes requeridos en diferentes contextos. Por este motivo, los profesionales que realizan un curso formativo deberían ser expuestos a una amplia variedad de contextos para que en un futuro pudieran dominar mejor sus habilidades y, consecuentemente, ser capaces de actuar en más de un ámbito profesional (Gómez, 2013; Tejada y Navío, 2000)

Por su propia definición, la transferencia de la formación requiere que el participante haya aprendido las nuevas competencias objeto de la formación, es decir, para transferir es necesario aprender (Velada et al., 2007), pero también hay evidencia de que el aprendizaje no garantiza la transferencia (Hutchins y Burke, 2007) ya que existen muchos factores que la condicionan como las características de la organización, el rol de superiores y compañeros, las características de la formación, y las características personales de los trabajadores que reciben la formación (Baldwin y Ford, 1988).

Sistemas de evaluación de la transferencia

Como se ha visto en el apartado anterior, evaluar el aprendizaje adquirido por los profesionales participantes en una acción formativa no nos permite anticipar si ésta

incide finalmente en su puesto de trabajo y en la institución. Es por ello, que es indispensable evaluar la transferencia de la formación, entendiendo este concepto como el hecho de comprobar si los aprendizajes obtenidos en la formación son efectivos en el ámbito profesional y por consiguiente mejoran el rendimiento en el puesto de trabajo (Pineda-Herrero y Ciraso-Calí, 2012). Pineda-Herrero, Quesada-Pallarès (Pineda-Herrero, Quesada-Pallarés, y Stoian, 2011) definen dos perspectivas, complementarias entre ellas, para abordar la evaluación de la transferencia que son la evaluación directa y la evaluación indirecta.

La **evaluación directa** está dirigida a medir el grado de transferencia de los aprendizajes utilizando técnicas e instrumentos de medida específicos; es decir, se evalúa la transferencia como un resultado de la formación. Estas técnicas e instrumentos suelen diseñarse ad-hoc para cada situación concreta, dependiendo de las necesidades de la institución (Quesada-Pallarés, 2014). Las autoras contemplan que la evaluación directa puede ser realizada por el propio trabajador (autoevaluación), por los propios compañeros de trabajo (coevaluación) o por el responsable del profesional a evaluar (heteroevaluación en ambos casos), o por un profesional externo a la institución.

Para llevar a cabo la evaluación directa de la transferencia se utilizan técnicas e instrumentos que deben cumplir una serie de condiciones mínimas para asegurar su rigurosidad metodológica, como son: realizar varias mediciones en el tiempo-para aislar la transferencia del resto de efectos de la formación-, tener en cuenta a todos los agentes involucrados en el proceso de transferencia – para triangular la información- y, generar distintos instrumentos específicos y adaptados a la formación que se lleva a cabo (Quesada-Pallarés, 2014). Todo ello implica que los departamentos de formación de las instituciones deban invertir muchos recursos -humanos y económicos- para conseguir una información muy concreta pero poco generalizable a otras actividades formativas (Quesada-Pallarés et al., 2014). Por la complejidad de todo ello, se aconseja poco llevar a cabo una evaluación directa de la transferencia y se apuesta más por modelos de factores de transferencia o evaluación indirecta.

La **evaluación indirecta** de la transferencia consiste en identificar las variables que la facilitan o dificultan al finalizar la formación, con el objetivo de intervenir en aquellas que sean susceptibles de convertirse en inhibidoras de la transferencia. La comunidad científica inició la evaluación indirecta de la transferencia en los años 80,

fijando el punto de partida en los modelos de Baldwin y Ford (Baldwin y Ford, 1988) y Noe y Schmitt (Noe y Schmitt, 1986). Desde entonces, se han creado y testado numerosos modelos de evaluación indirecta en el campo de la transferencia del aprendizaje de la formación continua, tal y como se puede observar en la Tabla 20, en la que se describen los modelos más importantes, así como las variables que cada modelo identifica como determinantes de la transferencia.

Tabla 20. Modelos de evaluación indirecta de la transferencia de la formación continua y variables determinantes

MODELOS DE EVALUACIÓN INDIRECTA DE LA TRANSFERENCIA DE LA FORMACIÓN CONTINUA Y VARIABLES DETERMINANTES					
VARIABLE DETERMINANTE DE LA TRANSFERENCIA	Modelo de influencias motivacionales en la efectividad de la formación. Noe y Schmitt (1986)	Modelo de proceso de transferencia Baldwin y Ford (1988)	Modelo de evaluación e investigación en el desarrollo de recursos humanos E.F.Holton (2005)	Modelo de transferencia L.A.Burke y H.M Hutchins (2008)	Modelo de Factores de Eficacia de la Transferencia (FET) Pineda, Quesada y Ciraso (2011)
	Capacidad de formación	Características del participante: *Habilidad *Personalidad *Motivación	Rasgos de personalidad: *Conciencioso *Abierto a la experiencia *Locus de control	Características de los agentes implicados en la formación y el proceso de transferencia: *Compañeros de trabajo *Participantes en la formación *Formadores *Superiores *Organización	Participante: *Satisfacción con la formación *Motivación para transferir *Locus de control
	Implicación y compromiso	Diseño de la formación: *Grado de Aprendizaje *Secuenciación de los contenidos *Contenido de la formación	Auto-eficacia y expectativas del participante	Tipo de diseño e impartición de la formación	Formación: *Orientación a las necesidades del puesto de trabajo
	Motivación para aprender	Entorno laboral: *Apoyo *Oportunidades de aplicación	Actitud hacia el trabajo y la carrera profesional: *Compromiso con la organización *Implicación con el trabajo	Contexto de trabajo: *Apoyo de la organización, del compañero y del jefe *Estructura de la organización	Organización: *Oportunidades del entorno *Rendición de cuentas *Apoyo del jefe/a y compañeros/as
	Motivación para transferir aprendizaje y cambio conductual		Motivación para mejorar el trabajo a través del aprendizaje: *Motivación para aprender y transferir *Esfuerzo para transferir *Actuación al lugar del trabajo (resultados)	Evaluación de la formación	
	Entorno laboral favorecedor		Entorno laboral: *Retroalimentación *Apoyo de los compañeros *Apoyo del supervisor/a *Resistencia al cambio	Contenidos de la formación	

Fuente: Elaboración propia adaptada de Noe y Schmitt (1986), Baldwin y Ford (1988), E.F.Holton (2005), L.A.Burke y H.M Hutchins (2008), Pineda, Quesada y Ciraso (2011)

En los últimos años, el grupo de investigación EFI-GIPE de la Universidad Autónoma de Barcelona se ha centrado en evaluar la transferencia de la formación de forma indirecta. El modelo dio origen al primer instrumento en español para medir las variables que dificultan o facilitan la transferencia de los aprendizajes en el lugar de trabajo, superando las dificultades que genera la evaluación directa de los resultados de la formación que se han comentado en el apartado anterior. Es un cuestionario que se administra al final de la formación y que permite medir los factores que influyen en la transferencia de los aprendizajes (Pineda-Herrero, Quesada-Pallarés, et al., 2014). Es el primer modelo de factores de la transferencia en el contexto español y se conoce como el modelo FET de Factores para la Evaluación de la Transferencia.

El modelo FET incluye factores relativos al entorno de trabajo, como el sistema de rendición de cuentas, las posibilidades reales de aplicación de los aprendizajes, el apoyo proporcionado en la transferencia, por el superior y por los compañeros. Por otro lado, incluye elementos personales del participante en formación: su satisfacción con la acción formativa, su motivación para poner en práctica los nuevos conocimientos y habilidades, y el locus de control. Por último, contempla un aspecto propio de la acción formativa: su orientación a las necesidades del puesto de trabajo (Pineda-Herrero, Quesada-Pallarés, et al., 2014).

Concluyendo este apartado resumir que ambos modelos, indirecto y directo, son complementarios y parten del mismo objetivo que es evaluar la transferencia como resultado de la formación. Aun así, y como hemos visto, existen diferencias entre ambos, siendo la más importante que la evaluación directa mide el grado de transferencia de los aprendizajes mediante instrumentos diseñados ad-hoc para cada formación, mientras que la evaluación indirecta consiste más en identificar, al finalizar la formación, qué variables facilitan o dificultan más la transferencia en el lugar de trabajo.

En esta investigación se ha utilizado la **evaluación directa** para medir la transferencia de los aprendizajes obtenidos durante el curso formativo, tal y como se explicará con detalle en el capítulo 4.

A modo de resumen,

Se inicia este capítulo destacando la importancia de la formación continua como herramienta para el desarrollo de las competencias profesionales explicando a su vez, sus objetivos y sus modalidades más relevantes. Asimismo, se han introducido los elementos para tener en cuenta para diseñar acciones formativas, destacando la importancia de transferir lo aprendido en el lugar de trabajo. Atendiendo que el aprendizaje no se consigue sin diseños pedagógicos bien pensados y estrategias docentes que lo faciliten, se explica como el aprendizaje significativo, experiencial, el pensamiento crítico y la práctica reflexiva son estrategias que propician el aprendizaje y el desarrollo de las competencias profesionales. Seguidamente, se explica la importancia de evaluar tanto el aprendizaje adquirido mediante la formación, como la transferencia de dichos aprendizajes en el lugar de trabajo explicando con detalle el concepto de evaluación directa e indirecta, para ubicar esta investigación en el enfoque de evaluación directa de la transferencia de la formación.

4. METODOLOGÍA

«Nada tiene tanto poder para ampliar la mente como la capacidad de investigar de forma sistemática y real todo lo que es susceptible de observación en la vida».

(Marco Aurelio)

4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

El enfoque metodológico de esta investigación viene determinado por dos elementos que se explican a continuación: el objeto de estudio y su intencionalidad.

El objeto de estudio se podría definir como la búsqueda del desarrollo de las competencias enfermeras asociadas a la toma de decisiones en enfermería en el contexto de atención al paciente crónico con necesidades complejas relacionado con la aplicación de diferentes estrategias docentes. Para conseguir este objetivo de estudio, son necesarias dos aproximaciones:

1. La **aproximación cualitativa** que permitirá conocer, por una parte, la opinión de los profesionales asistenciales, gestores y docentes en relación con las competencias asociadas a la práctica enfermera y la toma de decisiones, vigentes a día de hoy, en el contexto de atención al paciente crónico con necesidades complejas y por otra parte, permitirá explorar y detectar necesidades formativas que, en una segunda fase, se intentarán cubrir mediante la implementación de la intervención, que en este caso es un curso formativo. Esta aproximación cualitativa, durante la intervención también permitirá potenciar la reflexión y el pensamiento crítico de los participantes de la formación en relación con las decisiones más prevalentes que se toman en el cuidado de los pacientes crónicos con necesidades complejas, identificar propuestas de mejora de la toma de decisiones enfermeras y finalmente, describir el grado de aprendizaje y de transferencia de los contenidos de la acción formativa en el lugar de trabajo.

2. La **aproximación cuantitativa** que permitirá definir el grado de consenso en relación con el modelo de gestión en cronicidad de las dos instituciones participantes en el estudio, el grado de consenso en relación con las decisiones más frecuentes que se toman ante el cuidado de los pacientes crónicos con necesidades complejas y el grado de consenso de las propuestas de mejora ante la toma de decisiones enfermeras. Esta aproximación cuantitativa también permitirá conocer el estilo de tomar decisiones de las enfermeras que participaron en la formación.

La intencionalidad de la investigación es potenciar la reflexión de las enfermeras sobre su práctica asistencial diaria para intentar comprender el fenómeno de la toma de decisiones desde el punto de vista del protagonista.

Estos dos elementos explicados, el objetivo de estudio y la intencionalidad, llevan a la decisión de utilizar el método mixto de investigación en busca de la complementariedad que se deriva de utilizar métodos cuantitativos y cualitativos conjuntamente.

4.2 LOS MÉTODOS MIXTOS DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación se inscribe en **un enfoque mixto** ya que trata de acercarse y comprender la realidad desde una perspectiva multimétodo (Fernández, Fernández, y Baptista, 2010), combinando planteamientos metodológicos y técnicas de recogida de información cualitativa y cuantitativa con el propósito de que exista mayor comprensión acerca del objeto de estudio. La posibilidad de combinar los dos tipos de datos permite mayor riqueza en el análisis de los mismos ya que ofrece diferentes perspectivas de la realidad que se pretende investigar, permitiendo la complementariedad y estableciendo entre ellos diferentes conexiones e inferencias en la interpretación de los resultados que nos permitan un acercamiento al objeto de estudio con más profundidad (Pereira Pérez, 2011). Hamui-Sutton (2013) definió los métodos mixtos como aquellos métodos que permiten: “recoger, analizar e interpretar tanto los datos cualitativos como cuantitativos en un solo estudio, o en una serie de estudios que investigan el mismo paradigma subyacente” (p.2).

Los métodos mixtos utilizan diversas fuentes de información que se combinan de diversas maneras para sustentar análisis más comprensivos, acerca de la

problemática planteada. La investigación con métodos mixtos va más allá de la suma de lo cuantitativo y lo cualitativo ya que permite orientar, con su vocabulario y sus propias técnicas, un proceso de interfase entre ellos que fortalece la validez de la interpretación de los resultados (Núñez, 2017). Este proceso cada vez más, se plantea desde una filosofía pragmática ya que abandona los modelos especulativos para basarse más, en las características fundamentales de la propia investigación y en la búsqueda de soluciones prácticas (Creswell y Plano, 2018). Morgan (2014) explica que el pragmatismo ofrece una visión muy específica de conocimiento, afirmando que la única manera de adquirir conocimiento es a través de la combinación de la acción y la reflexión.

Por todo ello, el paradigma en el que se basa esta investigación es el pragmático ya que nos proponemos buscar un entendimiento del fenómeno de estudio, en este caso, la toma de decisiones de enfermería en el contexto de atención a pacientes crónicos con necesidades complejas, de una forma comprensiva y reflexiva a partir de las experiencias y perspectivas de los participantes. Además, y de forma paralela, se aplica una lógica inductiva para explorar y analizar la información al mismo tiempo que se va desarrollando la investigación y esto solo es posible si se diseñan planteamientos abiertos y flexibles.

El diseño mixto como diseño de investigación tiene diversos nombres para ser identificado, son también llamados métodos mixtos, métodos combinados, diseños combinados, e incluso triangulación de métodos (Leech y Onwuegbuzie, 2009), aunque en relación con este último, otros autores postulan que la triangulación es solo una modalidad de estos diseños ya que supone una convergencia de resultados obtenidos de la investigación cualitativa y cuantitativa (Guerrero-Castañeda et al., 2016; Núñez Moscoso, 2017). Explican que la triangulación no supone solo unir datos cuantitativos y cualitativos, sino que supone formar un triángulo, como bien indica su nombre, para obtener la perspectiva de un fenómeno desde lo cualitativo y una perspectiva del mismo fenómeno desde lo cuantitativo, para converger y analizar ambas perspectivas y formar una tercera fruto del resultado de la triangulación de dichos métodos primarios.

Blanco y Pirela, (2016) señalan que la metodología mixta debe favorecer las fortalezas entre métodos y no potenciar las debilidades y que su utilización es muy útil para recoger múltiples evidencias sobre todo cuando el fenómeno a estudiar es complejo. Es

por ello, que este diseño requiere a su vez, la combinación de herramientas cuantitativas y cualitativas (Guerrero-Castañeda et al., 2016) que permiten profundizar y comprender más el fenómeno de estudio (Hamui Sutton, 2013). En relación con estas herramientas, Aguilar y Barroso (2015) definen dos dimensiones en la recogida de datos en metodología mixta: una intramétodo y otra, intermétodo. En esta investigación optamos por el intermétodo dado que se combinan diferentes métodos e instrumentos para la recolección de los datos con el objetivo de conseguir la complementariedad, que como bien explican Blanco y Pirela (2016) permite integrar la percepción de la realidad, la superación de la fragmentación del saber y la necesidad de enfocarla desde diversos ángulos para analizar la diversidad de lo real.

Modelos mixtos relacionados con las ciencias de la salud

La mayoría de autores (Lorenzini y Histórico, 2017; Schifferdecker y Reed, 2009) coinciden en que los modelos mixtos más utilizados y relacionados con las ciencias de la salud son:

1. Los modelos que sirven para desarrollar instrumentos
2. Los modelos explicativos o aclaratorios
3. Los modelos de Triangulación
4. Los modelos de Transformación longitudinal

A continuación, explicaremos brevemente cada uno de ellos para posteriormente justificar los modelos en los que se basa esta investigación.

1. **Modelo de triangulación:** Este diseño es el más utilizado ya que los datos cualitativos y cuantitativos son producidos simultáneamente y la generación de datos ocurre en poco tiempo y se integran en el análisis final.

Uno de los problemas que puede aparecer tanto en el modelo explicativo como en la triangulación es que aparezcan contradicciones entre la información cualitativa y cuantitativa. Estos hallazgos al principio resultan desconcertantes, pero deben ser una oportunidad para desarrollar nuevas preguntas de investigación o teorías, así como recoger datos adicionales que permitan explorar y aclarar situaciones.

Benavides y Gómez-Restrepo (2005) especifican distintos tipos de triangulación:

- ✓ Triangulación de datos: consiste en la obtención de los datos a partir de grupos de participantes distintos y de período de tiempo diferentes.
- ✓ Triangulación de teorías: consiste en la utilización de diferentes marcos teóricos
- ✓ Triangulación de investigadores: implica la investigación de varios investigadores en un mismo estudio.
- ✓ Triangulación de técnicas o instrumentos: Implica el uso de diferentes técnicas o instrumentos para obtener información.
- ✓ Triangulación de métodos: Es el uso en el mismo estudio de metodología cualitativa y cuantitativa.

2. **Modelo de transformación longitudinal:** En este diseño se recogen datos en múltiples momentos longitudinalmente, se utilizan varios métodos y los datos se integran y se construyen unos sobre otros. La característica más relevante de este modelo es cómo los datos son producidos, analizados, comparados e integrados.

Justificación del modelo y el diseño

Teniendo en cuenta lo comentado anteriormente, en esta investigación confluyen momentos en que se utilizan diferentes modelos en función del objetivo de cada fase del estudio, del momento de la recolección de datos y de los instrumentos y técnicas utilizados para recoger dichos datos como se puede ver más adelante en la Tabla 21.

Por otro lado, en la definición que plantea Lozada (2014), la investigación que se propone es **aplicada** según su finalidad, ya que pretende dar respuesta a temas prácticos y cotidianos de la población de estudio. El autor define la investigación aplicada como la búsqueda de conocimientos con aplicación directa a los problemas que plantea la sociedad o el sector productivo de una empresa consiguiendo como objetivo enlazar la teoría con la práctica. Siguiendo con la necesidad de conseguir este objetivo, parte de esta investigación, concretamente la fase 2 y 3, se desarrolla en un marco de **estudio de**

campo o sobre el terreno, es decir en los propios hospitales donde las enfermeras desarrollan su práctica asistencial.

Los estudios mixtos parten de diseños generales como bien explica (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014) pero a su vez, cada estudio mixto es único y tiene un diseño propio que cada investigador adapta para su investigación (Avalos, 2015).

Creswell (2008); Hernández et al., (2014) y Lorenzini y Histórico (2017) plantearon 8 diseños mixtos:

- ✓ **Diseño exploratorio secuencial (DEXPLOS):** Implica una fase inicial de recolección y análisis de datos cualitativos seguida de otra donde se recaban y analizan datos cuantitativos.
- ✓ **Diseño explicativo secuencial (DEXPLIS):** Se caracteriza por una primera etapa en la cual se recaban y analizan datos cuantitativos, seguida de otra donde se recogen y evalúan datos cualitativos. La segunda fase se construye sobre los resultados de la primera, aunque los descubrimientos de ambas etapas se integran en la interpretación y elaboración de los resultados del estudio. Aunque se puede dar prioridad a lo cuantitativo o a lo cualitativo, o bien otorgar el mismo peso, lo más común es que lo primero sea lo cuantitativo (CUAN). Un objetivo de este modelo es utilizar resultados cualitativos para complementar interpretación y explicación de los descubrimientos cuantitativos iniciales, así como profundizar en éstos.
- ✓ **Diseño transformatorio secuencial (DITRAS):** Incluye también, dos etapas de recolección de datos y de forma indistinta el inicio puede ser cuantitativo o cualitativo. Los resultados de las etapas cuantitativa y cualitativa son integrados durante la interpretación. Lo que lo diferencia de los diseños secuenciales previos es que guía el estudio una perspectiva teórica amplia. Las variaciones del diseño se definen más bien por la multiplicidad de perspectivas teóricas que de métodos.
- ✓ **Diseño de triangulación concurrente (DITRIAC):** Este modelo es uno de los más utilizados y se utiliza cuando el investigador pretende confirmar o corroborar resultados y efectuar validación cruzada entre datos cuantitativos y cualitativos, así como aprovechar las ventajas de cada método y minimizar sus debilidades.

Se recogen y se analizan, de manera simultánea, datos cuantitativos y cualitativos sobre el problema de investigación. Durante la interpretación y la discusión se terminan de explicar las dos clases de resultados, y generalmente se efectúan comparaciones entre ellos.

- ✓ **Diseño anidado o incrustado concurrente de modelo dominante (DIAC):** Este diseño recoge simultáneamente datos cuantitativos y cualitativos, pero su diferencia con el diseño de triangulación concurrente es que un método predominante guía el proyecto (pudiendo ser éste cuantitativo o cualitativo). El método que posee menor prioridad es anidado o insertado dentro del que se considera central. Esta incrustación puede significar que el método secundario responda a diferentes preguntas de investigación respecto al método primario. Los datos recolectados por ambos métodos son comparados o mezclados en la fase de análisis. Este diseño suele proporcionar una visión más amplia del fenómeno estudiado que si usáramos un solo método.
- ✓ **Diseño anidado concurrente de varios niveles (DIANCNIV):** En este diseño se recolectan datos cualitativos y cuantitativos en diferentes niveles y el análisis puede variar en cada uno de éstos. Uno de los objetivos de este diseño es buscar información en diferentes grupos y/o niveles de análisis para obtener información lo más próxima posible al fenómeno de estudio.
- ✓ **Diseño transformatorio concurrente (DISTRAC):** Al igual que modelos anteriores, se recogen datos cuantitativos y cualitativos en un mismo momento (concurrente) y puede darse o no mayor peso a uno u otro método, pero al igual que el diseño transformatorio secuencial, la recolección y el análisis son guiados por una teoría, visión, ideología o perspectiva
- ✓ **Diseño de integración múltiple (DIM):** Este diseño implica la mezcla más completa entre los métodos cuantitativo y cualitativo, y es sumamente móvil y cambiante.

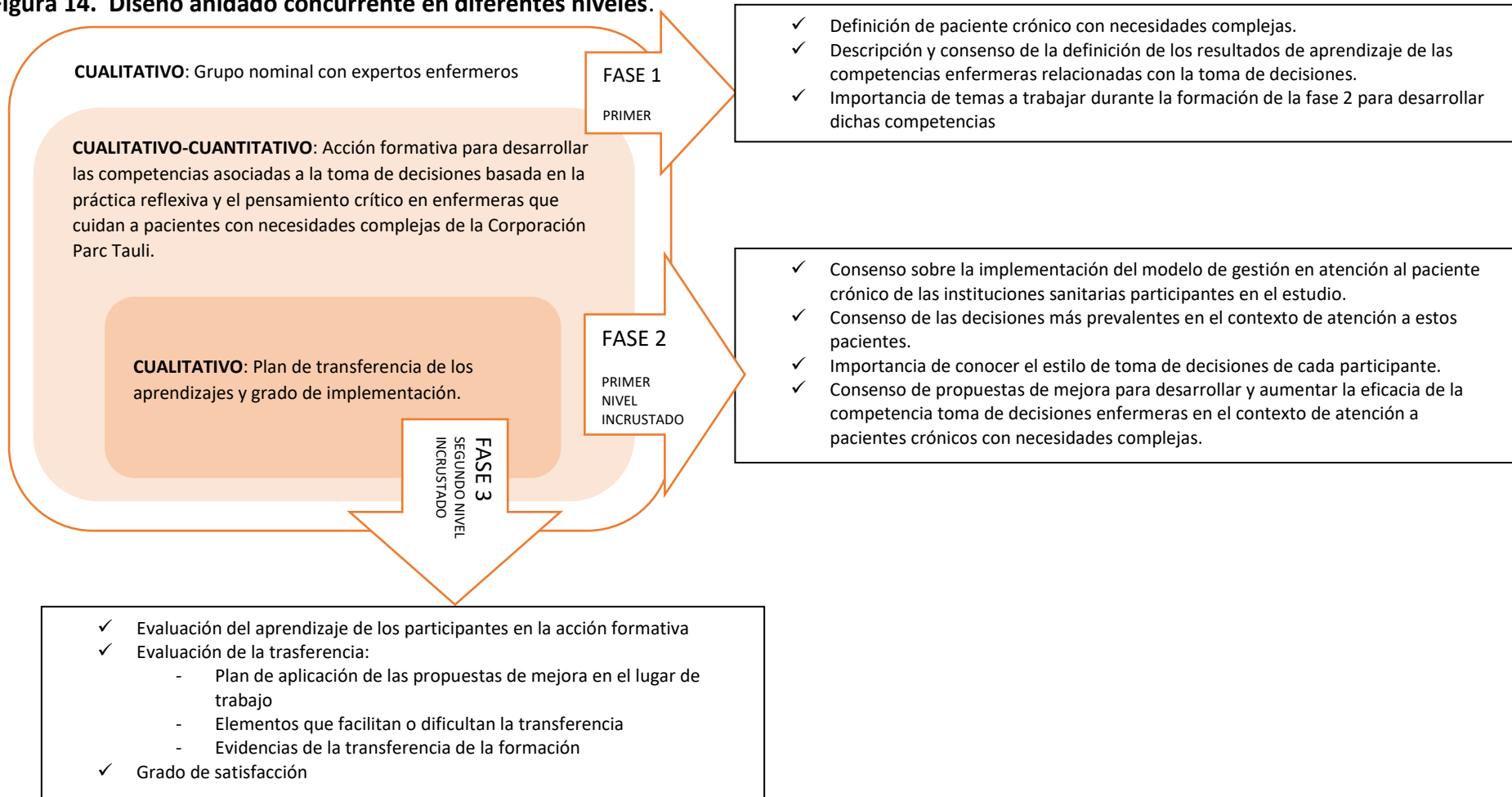
Tomando como referencia esta clasificación, el diseño que se plantea en esta investigación es de un **diseño incrustado concurrente de varios niveles (DIANCNIV)** tal y como se muestra en la Figura 13 dado que se obtienen datos cualitativos (CUAL) y cuantitativos (CUANT) en diferentes grupos de análisis y en diferentes niveles, pero todos ellos y algunos de forma anidada, nos permiten aproximarnos a la complejidad del

objeto de estudio, que es la toma de decisiones en pacientes crónicos con necesidades complejas.

Concretamente en esta investigación, se recoge información de los datos cualitativos en un primer nivel, correspondiente a la Fase 1, a través de la realización de un grupo nominal con el fin de definir el concepto de paciente crónico con necesidades complejas y los resultados de aprendizaje de las competencias asociadas a la práctica enfermera con estos pacientes y a la toma de decisiones. Esta primera fase fue el punto de partida de la Fase 2 y 3 que recogen información a través de dos niveles concurrentes e incrustados. En el primer nivel incrustado que corresponde a la fase 2, se recogen datos cuantitativos y cualitativos a través de cuestionarios, ejercicios individuales y Delphi a tiempo real con el fin de reflexionar sobre la toma de decisiones enfermeras en la atención a los pacientes crónicos con necesidades complejas y a su vez, potenciar el desarrollo de estas mediante una acción formativa. De forma paralela y al mismo tiempo, por ello hablamos de concurrencia, se lleva a cabo la Fase 3 en la que el segundo nivel incrustado recoge datos cualitativos y cuantitativos con el fin de conocer el grado de satisfacción de los profesionales que realizaron la acción formativa, su percepción de logro y sus evidencias aportadas sobre la transferencia de sus aprendizajes en su lugar de trabajo.

Este diseño (DIACNIV), además de buscar información en diferentes niveles también propone la búsqueda de la información en diferentes grupos. En el primer nivel de esta investigación se parte de la opinión de expertos enfermeros del ámbito asistencial, docente y de la gestión, en el segundo nivel participaron únicamente enfermeros asistenciales y en el tercer nivel enfermeros del ámbito asistencial y gestores de enfermería.

Figura 14. Diseño anidado concurrente en diferentes niveles.



Fuente: Adaptado de Judith Roca (2013). Elaboración propia

4.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Qué **resultados de aprendizaje** definen las competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones en el contexto de atención al paciente crónico con necesidades complejas?
- ¿La **formación continua basada en la práctica reflexiva y el pensamiento crítico** permite desarrollar las competencias asociadas a la toma de decisiones en profesionales de enfermería en el cuidado de pacientes crónicos con necesidades complejas?
- ¿Qué **grado de aprendizaje y nivel de transferencia** se da en las enfermeras que realizan la formación diseñada?

4.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación tiene 3 objetivos generales que se corresponden con las 3 fases de la investigación que describen posteriormente.

1. Definir y consensuar los resultados de aprendizaje de las competencias asociadas a la práctica enfermera y toma de decisiones en pacientes crónicos con necesidades complejas.

Objetivos específicos:

1.1 Definir y consensuar el concepto de paciente crónico con necesidades complejas

1.2 Identificar las dimensiones de la competencia y las unidades de competencia que más se asocian a cada resultado de aprendizaje consensuado.

2. Desarrollar las competencias asociadas a la toma de decisiones mediante una formación basada en la práctica reflexiva y el pensamiento crítico en enfermeras que cuidan a pacientes crónicos con necesidades complejas.

Objetivos específicos:

2.1 Describir el grado de consenso sobre la implementación del modelo de gestión en atención al paciente crónico de cada institución.

2.2 Consensuar las decisiones de enfermería más prevalentes en el marco de atención a estos pacientes.

2.3 Conocer el estilo de toma de decisiones de cada uno de los profesionales que participaron en la acción formativa.

2.4 Consensuar propuestas de mejora para aumentar la eficacia de la toma de decisiones.

2.5 Evaluar la herramienta Health Consensus como herramienta pedagógica útil para potenciar la reflexión grupal y generar consenso.

3. Evaluar la eficacia de la formación que han realizado los profesionales de enfermería

Objetivos específicos:

3.1 Identificar los aprendizajes que los profesionales pretenden implementar en su puesto de trabajo.

3.2 Identificar qué elementos facilitan o dificultan la transferencia de los aprendizajes.

3.3 Evaluar el grado de implementación de las propuestas de mejora diseñadas por los profesionales como resultado de la acción formativa

3.4 Describir las evidencias de la implementación de la propuesta y sus resultados

3.5 Evaluar el grado de satisfacción de los participantes en la acción formativa.

Recordar que, en este estudio, el concepto de cronicidad y envejecimiento toman el protagonismo y aunque somos conscientes que la cronicidad no tiene edad, en esta investigación el contexto de esta cronicidad es en pacientes ancianos con comorbilidad.

4.5 FASES DE LA INVESTIGACIÓN

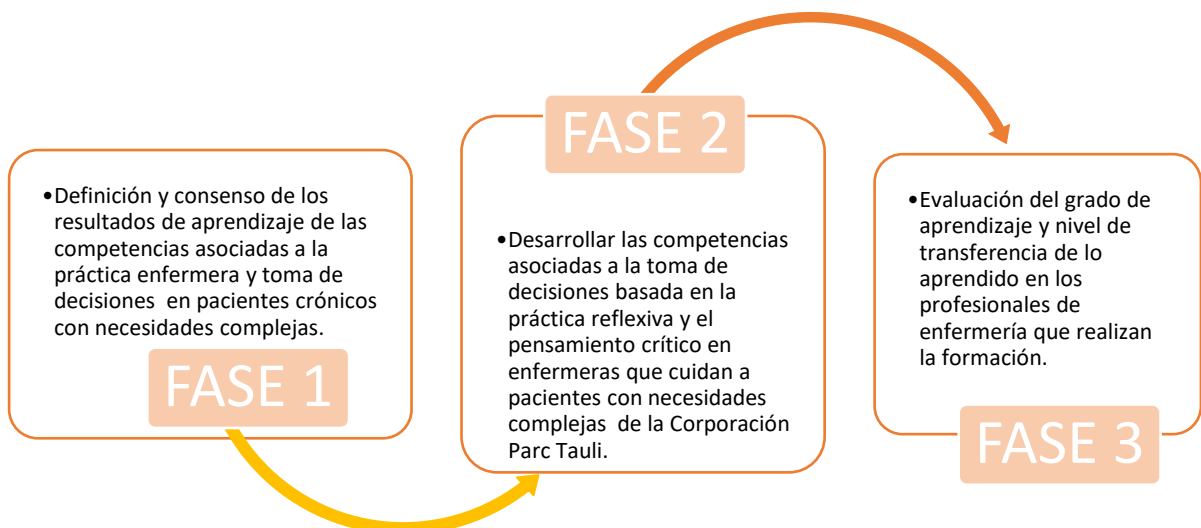
Este estudio se ha desarrollado en tres fases que son las que dan respuesta a los objetivos descritos en el apartado anterior:

- ✓ **FASE 1:** “Definición y consenso de los resultados de aprendizaje de las competencias asociadas a la práctica enfermera y toma de decisiones en el contexto de atención al paciente crónico con necesidades complejas”.

- ✓ **FASE 2:** “Desarrollar las competencias asociadas a la toma de decisiones basada en la práctica reflexiva y el pensamiento crítico en enfermeras que cuidan a pacientes con necesidades complejas del Consorcio Corporación Sanitaria Parc Tauli.

- ✓ **FASE 3:** “Evaluación de la eficacia de la formación de los profesionales de enfermería que realizan la acción formativa”.

Figura 15. Fases de la investigación



Fuente: Elaboración propia

Descripción de las fases de la investigación

Como se ha comentado en el apartado anterior esta investigación está compuesta por tres fases. A continuación, de cada una de ellas se explicará el objetivo al que responde, diseño, población de estudio y selección de participantes, cómo se ha llevado a cabo la recogida de datos y su análisis.

FASE 1:

RESULTADOS DE APRENDIZAJE DE LAS COMPETENCIAS ASOCIADAS A LA TOMA DE DECISIONES ENFERMERAS

Diseño

En esta primera fase de la investigación se realiza un **estudio cualitativo exploratorio** que bajo el **paradigma comprensivo-naturalista-interpretativo**⁶ utiliza las narrativas de los participantes para construir conocimiento sobre el fenómeno de estudio. Este paradigma se fundamenta en el **enfoque socioconstructivista** que entiende que existen múltiples realidades y todas ellas son contextuales y conformadas por valores sociales, políticos y culturales, a lo que Berenguera et al., (2014) llaman “realismo histórico”(pp.11-12). La investigación cualitativa bajo este paradigma es circular, flexible, emergente y el conocimiento se obtiene de forma inductiva ya que la persona que investiga reconoce su subjetividad e influencia en la investigación y la acepta como algo positivo que le ayuda a entender la realidad que está estudiando. Es aquel que toma la realidad de cada uno para hacer construcciones de carácter científico

⁶ El paradigma comprensivo-naturalista-interpretativo es junto con el positivismo y el pospositivismo uno de los tres paradigmas actuales de investigación, siendo el primero el que corresponde a la metodología cualitativa. Conviene aclarar que atendiendo a que la metodología cualitativa proviene de múltiples y variadas disciplinas (antropología, sociología, psicología, etc.) y pluralidad de referentes teóricos, es frecuente encontrar gran variedad de términos para referirse a un mismo concepto, dependiendo de la tradición de la que provenga cada texto. Dos conceptos que se entrelazan son el socio constructivismo y el paradigma comprensivo-naturalista- interpretativo siendo ambos conceptos similares pero que en esta investigación y basándonos en la disciplina de la salud, la relación que se establece entre ellos es que el paradigma comprensivo e interpretativo se fundamenta en el enfoque socio constructivista, dado que para comprender e interpretar es indispensable ser sensible al contexto en el que se lleva a cabo la práctica real para conseguir construir conocimiento de forma inductiva partiendo de la subjetividad de los participantes que la aceptan como algo positivo que les ayuda a entender su realidad.

a partir de sus creencias sobre la naturaleza de la realidad que se pretende investigar (Schenke y Pérez.MI, 2018). Además de circular y flexible, Vasilachis de Gialdino (2009) añade que este paradigma permite que la investigación cualitativa sea sensible al contexto y se centre en la práctica real y observable. Además, explica que la perspectiva interpretativa busca la comprensión, a diferencia de la descripción y el fundamento de esta comprensión radica en involucrarse y estudiar desde dentro para que los investigadores encuentren significaciones a sus acciones.

Si se analiza este paradigma ontológicamente, se puede decir que percibe la realidad de varias maneras y es relativa ya que el investigador la impregna con sus valores, su cultura y sus relaciones sociales para comprender, definir y construir el conocimiento a partir de su percibir, sentir y actuar. Epistemológicamente este paradigma es transaccional-subjetivista ya que el investigador se involucra y compromete con la realidad a estudiar y metodológicamente es hermenéutico-comprensivo ya que contrasta la visión de los investigados y a su vez es el resultado de la relación que se establece entre investigador-investigados y contexto que rodea a cada uno de ellos (Martínez-Delgado, 2002). Como dice Vasilachis de Gialdino (2009), bajo el enfoque socioconstructivista, todo interacciona mientras la investigación avanza y la teoría resultante de la investigación se construye como resultado de la interacción entre el investigador y las personas investigadas.

Como resumen a lo comentado sobre el paradigma comprensivo-naturalista-interpretativo, Berenguera et al (2014) concluyen que:

- ✓ Busca la comprensión y la interpretación de la realidad situándose en la perspectiva de las personas investigadas a quienes considera personas reflexivas y pensantes.
- ✓ Estudia los fenómenos en su contexto natural y desde la integralidad, es decir, no fracciona el objeto de estudio en partes (variables) para después juntarlas, sino que asume que el todo es más que la suma de las partes.
- ✓ Prioriza el conocimiento en profundidad sobre el conocimiento en extensión.
- ✓ No se busca la generalización, ya que los fenómenos son estudiados siempre en su contexto natural y los resultados son aplicables a ese contexto. No obstante, los hallazgos contextuales, después de una descripción detallada del contexto y

de una reflexión profunda sobre el escenario y los resultados, pueden servir como base teórica para analizar un objeto de estudio similar en otros contextos y en otro momento.

- ✓ Contempla la acción y el cambio constante que se deriva de la implicación de las personas investigadas a quienes se les da “voz y empoderamiento” para convertir sus opiniones y experiencias en significados sociales que se generan gracias al entorno y a la interacción con el resto.

Dado que algunos de los datos obtenidos en esta primera fase fueron indispensables para desarrollar estrategias docentes e instrumentos de la fase 2, el modelo en el que se suscribe esta fase es el **modelo de desarrollo de instrumentos**.

Acciones, población de estudio, y técnica de recogida de datos.

Antes de diseñar las dos acciones de esta fase 1, que explicaremos a continuación, fue necesario establecer 3 pasos previos indispensables:

1. **Asociar las competencias a un perfil profesional**, que en esta investigación se asocian al perfil de enfermera generalista que atiende a pacientes crónicos en situación de complejidad (Libro Blanco. Título de Grado de Enfermería. Agencia Nacional de la Evaluación de la Calidad y Acreditación, 2005).
2. **Asociar las competencias de estos profesionales al perfil de paciente** que atienden en su práctica clínica diaria, que en esta investigación es el perfil de paciente crónico con necesidades complejas que incluye al Paciente crónico complejo (PCC) y al paciente crónico con enfermedad avanzada (MACA)
3. **Enmarcar los resultados de aprendizaje de dichas competencias en un determinado contexto**. Oliveros y Arés (2006) diferenciaban entre un contexto más a macro nivel, que suele ser el mercado laboral y/o el sistema educativo de un país, región o área o bien, el contexto más a micro nivel que se centra en el puesto de trabajo en el que ejerce un profesional. En esta investigación, todos los participantes que han formado parte del proceso de definición y consenso de los resultados de aprendizaje de las competencias asociadas a la práctica enfermera y a la toma de decisiones clínicas pertenecen a un micro nivel ya que

todos ejercen su trabajo diario en relación con este tipo de pacientes ya sea desde el ámbito de la gestión, docencia, investigación o ámbito asistencial.

Por todo ello se consideró indispensable llevar a cabo dos acciones consecutivas, previas a definir y consensuar los resultados de aprendizaje de las competencias enfermeras relacionadas con la toma de decisiones y que de cada una de ellas se explicará la muestra seleccionada y la acción llevada a cabo. La primera acción fue:

A. Definir el concepto paciente crónico con necesidades complejas

Esta definición se llevó a cabo desde la visión del colectivo de enfermería con el objetivo de que todos los profesionales partieran de una visión parecida antes de definir los resultados de aprendizaje de la competencia toma de decisiones con estos pacientes. Esta acción corresponde al primer objetivo específico de esta primera fase.

El concepto de paciente crónico con necesidades complejas está muy definido desde la dimensión clínica (Albertí et al., 2017; Amblàs-Novellas, Espauella Panicot, et al., 2016) pero existen otros criterios que surgen de los cuidados que enfermería realiza con este tipo de pacientes y que también deben formar parte de la definición de este concepto (Lapeña et al., 2017).

Para llevar a cabo esta acción se utilizó la muestra de enfermeras/os que cursaron el Postgrado de Atención al Paciente Crónico de IL3-UB, entre los años 2015-2017. Estos profesionales en una de las actividades del primer módulo del curso tenían que definir el concepto de paciente crónico en situación de complejidad desde su visión profesional y estas definiciones fueron las que se analizaron para construir la definición más aproximada de este tipo de pacientes.

Selección de los participantes y tamaño de la muestra

✓ Criterios de inclusión:

- Diplomadas/os o Graduados /as en enfermería
- Matriculadas/os en el Postgrado “Atención al Paciente Crónico” impartido en la Universidad de Barcelona-IL3
- Experiencia mínima de 2 años con pacientes crónicos complejos

- Profesionales en activo en el momento de realizar la actividad del tema 1 del módulo 1 del curso titulada: Introducción a la cronicidad: definición y discusión. Ver figura 16.

Figura 16. Título del módulo y del tema en el que las enfermeras debían describir el concepto de paciente crónico con necesidades complejas.



Fuente: Postgrado en Atención al Paciente crónico. IL3, Universidad de Barcelona. Módulo 1: Políticas de salud y concepto de cronicidad. Disponible en: https://materials.il3.ub.edu/master0607/course-packages/sal_apc_pscf/index-es.html

De 113 enfermeras matriculadas durante 4 ediciones del postgrado, cumplieron los criterios de inclusión 83. Por tanto, se analizaron 83 definiciones de enfermeras/os, mediante el programa Wordle que permitió generar una “nube de palabras” para detectar los conceptos más utilizados de las definiciones de pacientes crónicos con necesidades complejas realizadas por los profesionales matriculados en el Postgrado.

Posteriormente, 15 enfermeras expertas en geriatría y cronicidad analizaron la nube generada. Los 15 profesionales escogidos fueron expertos en el campo de la geriatría y de la cronicidad que estaban relacionados con ámbitos en los que la prevalencia del paciente crónico con necesidades complejas era muy elevada. La elección fue bajo criterio de mejor informante y variabilidad discursiva, 5 eran del ámbito asistencial, 5 del ámbito docente y 5 de la gestión.

A continuación, se muestran en la Tabla 21, la definición, y ámbito de trabajo de cada experto que analizaron la nube de palabras para consensuar junto con los investigadores la definición de Paciente Crónico con necesidades complejas.

Tabla 21. Definición de los expertos en geriatría y cronicidad.

ASISTENCIAL	GESTIÓN	DOCENCIA
Participante 1 Enfermera UFISS de geriatría. Hospital Universitario Parc Taulí.	Participante 6 Gestor de enfermería del ámbito socio sanitario de Badalona Serveis Assistencials	Participante 11 Profesora Titular EUI Gimbernat. 20 años de experiencia en el ámbito Socio sanitario Hospital Universitario Parc Taulí.
Participante 2 Enfermera Comunitaria. Equipo de Atención Primaria Vic. CAP El Remei de Vic	Participante 7 Gestora de enfermería del ámbito Socio sanitario durante 15 años y actualmente enfermera del Servicio de Emergencias Médicas (SEM).	Participante 12 Profesora Titular EUI Gimbernat Enfermera con más de 25 años de experiencia en Atención Primaria.
Participante 3 Enfermera Gestión de Casos EAIA Patología Cognitiva. Centro Socio sanitario Albada Hospital Universitario Parc Taulí.	Participante 8 Gestora de enfermería del ámbito socio sanitario de Badalona Serveis Assistencials	Participante 13 Profesora Titular EUI Gimbernat Enfermera especialista en Salud Mental.
Participante 4 Enfermera Hospitalización de agudos. Fundación Hospital de l'Esperit Sant	Participante 9 Enfermera. Adjunta a dirección EAP. Institut Català de la Salut.	Participante 14 Profesor Titular EUI Gimbernat Coordinador de enfermería del ámbito de Atención Primaria. PAMEM durante 6 años.
Participante 5 Enfermera de enlace. Hospitalización urgente Hospital Universitario Parc Taulí.	Participante 10 Gestora de enfermería del ámbito Socio sanitario (Unidad de hospitalización geriátrica de agudos y PADES frágil). Hospital Universitario Parc Taulí.	Participante 15 Enfermero ámbito de Urgencias. Hospital del Vendrell. Profesor Titular de Enfermería EUI Gimbernat

Fuente: elaboración propia.

Técnica de recogida de datos y proceso de análisis de resultados

Se realizó durante el mes de noviembre de 2018. Durante la primera etapa, se recogieron por escrito las definiciones de paciente crónico con necesidades complejas por parte de las enfermeras seleccionadas y matriculadas en el Postgrado y se analizaron mediante el programa Wordle. En la segunda etapa, a partir de estas definiciones se envió por correo electrónico a los 15 expertos la nube de palabras formada por las 83 definiciones para que cada uno desde su experiencia y visión profesional analizara la nube construyendo como resultado del análisis su definición. Las 15 enfermeras expertas enviaron por correo electrónico su propuesta de definición al equipo investigador (ANEXO 1).

Los resultados fueron analizados por un equipo de 4 enfermeras de diferentes ámbitos asistenciales que mediante un análisis manual de contenido codificaron los datos y mediante un proceso de abstracción, agruparon los códigos en subcategorías y categorías a partir de las cuales realizaron la definición final.

B. Realización de un grupo nominal

Como segunda acción de esta primera Fase se llevó a cabo un grupo nominal con el objetivo de, a partir de la definición consensuada de paciente crónico con necesidades complejas, definir y consensuar los resultados de aprendizaje a las 6 competencias relacionadas con la toma de decisiones enfermeras (tabla 22), en el contexto de atención a este paciente.

Tabla 22. Competencias específicas asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas.

GRUPO II: Competencias específicas asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas
7. Capacidad para emprender valoraciones exhaustivas y sistemáticas utilizando las herramientas y marcos adecuados para el paciente, teniendo en cuenta los factores físicos, sociales, culturales, psicológicos, espirituales y ambientales relevantes.
8. Capacidad para reconocer e interpretar signos normales o cambiantes de salud-mala salud, sufrimiento, incapacidad de la persona (valoración y diagnóstico).
9. Capacidad para responder a las necesidades del paciente planificando, prestando servicios y evaluando los programas individualizados más apropiados de atención junto al paciente, sus cuidadores y familias y otros trabajadores sanitarios o sociales.
10. Capacidad para cuestionar, evaluar, interpretar y sintetizar críticamente un abanico de información y fuentes de datos que faciliten la elección del paciente.
11. Capacidad de hacer valer los juicios clínicos para asegurar que se alcanzan los estándares de calidad y que la práctica está basada en la evidencia.
GRUPO IV: Conocimiento y competencias cognitivas
7. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar teorías de enfermería y práctica enfermera.
8. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar ciencias básicas y de la vida.
9. Conocimiento relevante y capacidad para aplicar ciencias sociales, del comportamiento y de la salud
10. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar ética, legislación y humanidades.
11. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar tecnología e informática a los cuidados de salud
12. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar política nacional e internacional.
13. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar resolución de problemas y toma de decisiones.
14. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar principios de investigación e información.

Fuente: Libro Blanco. Título de Grado de Enfermería. Agencia Nacional de la Evaluación de la Calidad y Acreditación, 2005.

De estos dos grupos de competencias específicas que muestra el Libro Blanco de Enfermería, se definieron y consensuaron los resultados de aprendizaje de todas las competencias específicas del grupo II y de la competencia 13 del grupo IV, por ser las competencias relacionadas con la toma de decisiones enfermera.

Concepto de Grupo Nominal como técnica de recogida de datos en investigación cualitativa

La Técnica de Grupo Nominal (T.G.N) o panel de expertos proviene de la traducción del término anglosajón Nominal Group Technique (N.G.T.). Se atribuye su creación a Delbecq, André; Van de Ven, Andrew y Gustafson en 1975 con el objetivo de mejorar el desarrollo y la dinamización operativa de las reuniones de trabajo. Desde entonces diferentes autores han aludido a este término desarrollando un campo teórico entorno al concepto de Grupo Nominal, aunque fue J. Rohrbaugh (1981) quien utilizó el concepto de forma explícita bajo el término de Técnica de Grupo Nominal (Olaz Capitán, 2013b).

Es una técnica que facilita la generación de ideas y el análisis de problemas y es muy útil para las situaciones en que las opiniones individuales deben ser combinadas para llegar a decisiones las cuales no pueden o no conviene que sean tomadas por una sola persona (Ehuleche y Terroni, 2019). Esta técnica permite la identificación, descripción y jerarquización de problemas, causas o soluciones a través de consenso en grupos o equipos de trabajo (Campoy-Aranda y Gomez-Araújo, 2015). Aunque es una técnica menos difundida y utilizada en comparación con otras herramientas de investigación cualitativa como la entrevista en profundidad, técnica Delphy y el grupo de discusión, cada vez ocupa un lugar más destacado en el campo de las ciencias sociales y de la salud (Olaz Capitán, 2013b). Aun así, autores como Andrés, (2000) consideran que las técnicas de consenso no son metodología cualitativa, sino simplemente técnicas que buscan el consenso, el acuerdo de un conjunto de expertos para acordar cuáles son las mejores ideas o las mejores decisiones a tomar sobre un problema planteado. También menciona que las técnicas de consenso no se rigen por un diseño muestral estricto ya que los miembros que participarán son elegidos de forma intencionada y además se conocen entre sí (de aquí el concepto de “nominal”).

Esta técnica se caracteriza por permitir que todos los participantes tengan la oportunidad de expresar sus ideas ya que tiene una fase de reflexión individual en la que se generan las ideas y, una segunda, en la que hay una puesta en común y discusión de las mismas para su evaluación y posterior consenso (Sánchez-Pedraza y Jaramillo-González, 2009) . Ehuleche y Terroni (2019) corroboraron que para mejorar o avanzar

en la productividad colectiva era indispensable llevar a cabo un proceso cognitivo individual.

Una de las características que mejor define esta técnica es la capacidad para profundizar en los contenidos polisémicos que afloran tanto a título individual como grupal en relación con temas complejos de la práctica diaria. Esta profundidad permite convertir a los expertos participantes en protagonistas de la acción y agentes del cambio y no en meros identificadores del fenómeno a estudiar. Es por ello que Olaz Capitán (2013), concluye su artículo explicando que el consenso y el compromiso son los elementos clave de la técnica del grupo nominal en la que el papel protagonista recae sobre el grupo de expertos, siendo el investigador quien lidera y proporciona claves para llegar a un consenso. El compromiso de los participantes no es solo componer un “mosaico” lo más aproximado a su realidad asistencial y finalizar con ello, sino que Olaz apuesta por que este consenso al que llegan los expertos sea el punto de partida para generar el cambio, elaborando estrategias y trazando un plan de trabajo para desarrollarlo posteriormente.

El grupo nominal siempre está constituido por un coordinador que modera y que en este caso fue la investigadora principal, y 9 o 10 expertos que se reúnen para analizar y calificar una serie de temas que de forma previa han reflexionado a nivel individual (Gómez del Pulgar et al., 2017). Posteriormente, se lleva a cabo el análisis grupal con el objetivo de reducir la variabilidad de las opiniones individuales y con el fin de alcanzar un acuerdo final (Ehuleche y Terroni, 2019). Es una técnica que se ha utilizado ampliamente para generar recomendaciones en salud (Dobbie, Rhodes, Tysinger, y Freeman, 2004).

A parte del moderador y de los expertos, en esta investigación también se añadió al grupo una observadora experta en metodología cualitativa cuyas funciones fueron:

- ✓ Observar la dinámica del grupo (nivel de participación, ambiente...)
- ✓ Ofrecer retroalimentación al moderador sobre su intervención.
- ✓ Ayudar al moderador en la gestión del tiempo.
- ✓ Ayudar en la logística de todo el proceso.
- ✓ Anotar los temas que más debate generaban y que más dificultaban el consenso

La observadora tenía una rúbrica de soporte mediante la cual fue anotando lo que consideró oportuno partiendo de sus objetivos de observación. (Anexo 2)

Campoy-Aranda y Gomez-Araújo, (2015) destacan como objetivos más importantes de un grupo nominal, los siguientes:

- ✓ Lograr una mejor obtención, procesamiento y aprovechamiento de los conocimientos distribuidos en un grupo.
- ✓ Intercambiar información.
- ✓ Aprender de forma cooperativa
- ✓ Establecer prioridades
- ✓ Conseguir el consenso partiendo de una reflexión previa individual.
- ✓ Facilitar la participación sirviendo de catalizador a los miembros de un grupo.
- ✓ Buscar soluciones, pues facilita reuniones más productivas gracias a una mejor identificación de los problemas.
- ✓ Tomar decisiones, reduciendo el riesgo de errores.
- ✓ Establecer un plan de acción posterior.

Por todo ello, se apostó por utilizar la técnica del grupo nominal en esta investigación. El objetivo general del grupo nominal de esta investigación fue definir y consensuar los resultados de aprendizaje de las competencias asociadas a la práctica enfermera y toma de decisiones en pacientes crónicos con necesidades complejas. Por otro lado, los objetivos específicos fueron extraer de las competencias seleccionadas, los resultados de aprendizaje que conforman las tres dimensiones de la competencia: Conocimiento (Saber comprender, saber desaprender, saber por qué), habilidad (Saber hacer, poder hacer), actitud/transerencia (Saber ser y estar, saber convivir, saber transferir, querer hacer), relacionar estos resultados de aprendizaje con las unidades de competencia definidas y por último, la extracción de los temas que se utilizaron para potenciar la reflexión durante las sesiones formativas que se llevaron a cabo en la Fase 2 de esta investigación, en el Consorcio Corporación Sanitaria Parc Taulí.

Selección de los participantes del grupo nominal de esta investigación

La elección de los expertos se llevó a cabo utilizando un método que se originó en Canadá, en la década de los años setenta, que es el método Developing a Curriculum

(DACUM). Se configura como un método que permite que los participantes escogidos puedan analizar sus puestos de trabajo, con el objetivo de conocer sus funciones, habilidades, actitudes y conocimientos sobre su trabajo en particular (Chaves, Menezes Brito, Cozer Montenegro, y Alves, 2010) . El DACUM es una metodología empleada por muchas organizaciones para describir funciones y competencias, elaborar cursos y seleccionar personal (Mertens, 1997). Es un método eficaz para definir las funciones de cada trabajador y orientarlas a mejorar los resultados en la organización en la que desarrollan el trabajo (Norton, 1997). Esta metodología es muy útil por captar no solamente las actividades técnicas, generalmente establecidas en los puestos de trabajo, sino también las habilidades de los profesionales en determinada función (Chaves et al., 2010).

El DACUM presupone que el trabajador es la mejor persona para hablar sobre lo que hace. Es por ello por lo que, si los enfermeros/as que participan en el grupo nominal analizan primero sus tareas, esto facilitará que las definiciones de los resultados de aprendizaje sean más consistentes ya que los integrarán el contexto en el cual se desempeñan.

La metodología DACUM parte de unas premisas que esta investigación utiliza para sustentar tanto del diseño como el desarrollo de los grupos nominales (Pedraza, 2013):

- Trabajadores expertos pueden definir y describir mejor su trabajo que cualquier otra persona de la institución.
- Una manera efectiva de definir una función es describir en forma precisa las tareas que los trabajadores expertos realizan en su lugar de trabajo.
- Todas las tareas requieren para su ejecución adecuada el uso de determinados conocimientos, habilidades y actitudes positivas de la persona⁷

⁷ Este punto se enlaza indirectamente con los componentes de las competencias profesionales (conocimientos, habilidades y actitudes). Fue de interés para los investigadores, que antes de participar en el grupo nominal los participantes fueran capaces, de manera individual, de reflexionar sobre sus propias competencias. Esta reflexión individual facilitó el consenso y la concreción y profundidad de las definiciones de los resultados de aprendizaje de las competencias profesionales sometidas a estudio.

Los participantes deben ser, hasta cierto punto, “representantes” de la población diana ya que se espera de ellos que aporten información de los principales perfiles de opinión existentes respecto al fenómeno de estudio (Miles, Huberman, y Saldana, 2014).

Criterios de inclusión:

- Profesionales expertos por su desempeño demostrado en la atención a los pacientes crónicos en situación de complejidad y por la opinión de sus responsables.
- Con disposición de tiempo para dedicarse a la participación del grupo nominal
- Con voluntad y capacidad para hablar sobre sus experiencias y expresar sus opiniones
- Con experiencia profesional mínima de 5 años en el contexto de atención al paciente crónico⁸.
- Los participantes del grupo nominal fueron enfermeras del ámbito de la gestión, de la docencia y de la asistencia expertos en geriatría y cronicidad. Se consideró la homogeneidad del grupo incluyendo a profesionales que desarrollaban su actividad atendiendo a personas crónicas con necesidades complejas y también se consideró la heterogeneidad del grupo incluyendo a profesionales que trabajaban en los diferentes niveles asistenciales y que provenían de hospitales, Centros de Atención Primaria, Centros Sociosanitarios y Centros docentes de procedencia distinta.

A los participantes del ámbito docente se les convocó a través de las direcciones de enfermería de las Universidades participantes, a los del ámbito asistencial y de la gestión a través de las direcciones de enfermería de cada centro sanitario y a algunos

⁸ Se estipuló este tiempo partiendo del enfoque de Patricia Benner en el que explica que los recién graduados, aun teniendo las bases teóricas, no tienen las capacidades suficientes para actuar de forma rápida, responsable e intuitiva. Defiende que la experticia se adquiere con el tiempo y depende de la integración de las capacidades del profesional y del tipo de paciente que atiende. Cuanto mayor tiempo esté en contacto con sus pacientes mayor será su capacidad de predecir y de actuar basado en la experiencia. Explica que el tiempo permite vivir experiencias que permiten a los profesionales utilizar la intuición en la toma de decisiones y su experiencia se caracteriza por fluidez y rendimiento que se da automáticamente sin depender tanto del conocimiento explícito.

participantes de este último ámbito también se les convocó a través de la dirección del Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

A continuación, se presenta en la tabla 23 la relación de profesionales que participaron en el grupo nominal, sus perfiles y el ámbito del cual procedían:

Tabla 23. Descripción participantes grupo nominal.

ÁMBITOS DE GESTIÓN		ASISTENCIAL	GESTIÓN	DOCENCIA
Participante 1	Enfermero. Atención Primaria Tutor docente del Postgrado de Atención al Paciente crónico de IL3-UB.	X		X
Participante 2	Enfermera. Atención Primaria ABS Vic. CAP El Remei. Tutora docente del Postgrado de Atención al Paciente crónico de IL3-UB.	X		X
Participante 3	Enfermera. Profesora Titular de Enfermería de la E.U.I Gimbernat. 20 años de experiencia asistencial en el Centro Sociosanitario Albada. Corporación Sanitaria Parc Taulí. Tutora docente del Postgrado de Atención al Paciente crónico de IL3-UB.	X	X	X
Participante 4	Gestora asistencial de Enfermería. Centro Sociosanitario el Carme. Badalona Serveis Assistencials. Tutora docente del Postgrado de Atención al Paciente crónico de IL3-UB.	X	X	X
Participante 5	Director de Enfermería. Centro Sociosanitario el Carme. Badalona Serveis Assistencials. Tutor docente del Postgrado de Atención al Paciente crónico de IL3-UB.	X	X	X
Participante 6	Enfermera. Centro Sociosanitario Albada. Unidad de Crónicos. Corporación Sanitaria Parc Taulí.	X		X
Participante 7	EXnfermera de la Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria (UFISS). Centro Sociosanitario Albada. Corporación Sanitaria Parc Taulí. Tutora docente del Postgrado de Atención al Paciente crónico de IL3-UB. Tutora de prácticas de la E.U.I. Gimbernat.	X		X
Participante 8	Enfermera gestora de casos. Ámbito de emergencias pre-hospitalarias (SEM). Directora Académica del Curso de Postgrado de IL3-UB "Atención al Paciente crónico"	X	X	X
Participante 9	Enfermera Gestora de casos. EAIA de trastorno Cognitivo. Centro Sociosanitario Albada. Corporación Sanitaria Parc Taulí.	X		
Participante 10	Enfermera. Unidad de Hospitalización de crónicos. Hospital Esperit Sant. Profesora colaboradora E.U.I. Gimbernat	X		X

Fuente: elaboración propia.

Desarrollo del Grupo Nominal

La sesión se realizó el 17 de julio de 2017 en la Universidad Gimbernat. Tuvo una duración de 2'10h.

A continuación, se explicará el proceso que el grupo de expertos llevó a cabo para definir y consensuar los resultados de aprendizaje de cada una de las competencias asociadas a la práctica enfermera y a la toma de decisiones. Este proceso se explica fundamentado en las diferentes fases metodológicas que se establecen en un grupo nominal. Antes de explicar fase por fase y su desarrollo, es indispensable recordar lo que son las unidades de competencia y los resultados de aprendizaje para poder entender todo lo que se llevó a cabo en cada una de estas fases.

Una competencia profesional se compone de dos elementos: las **unidades de competencia** y los **resultados de aprendizaje**. Las unidades de competencia definen las grandes funciones para el desempeño de la actividad del profesional de enfermería considerándose éstas no cómo partes de una competencia sino como competencias integrativas. Cada unidad de competencia tiene relacionados diferentes resultados de aprendizaje que se expresan en términos de conocimientos (saber y saber por qué), habilidades (saber hacer, saber transferir) y actitudes o atributos personales (ser, querer hacer y saber convivir). Por tanto, los resultados de aprendizaje se definen como declaraciones de lo que se espera que un profesional conozca, comprenda y/o sea capaz de hacer al final de un periodo de aprendizaje.

Una vez recordados los elementos que constituyen una competencia profesional pasamos a explicar las fases metodológicas que seguimos en el Grupo Nominal.

No existe consenso cierto acerca de cuál es la manera en que se desarrolla metodológicamente esta técnica y esto es debido, en parte, a las particulares formas en que cada persona configura el método ante una situación concreta (Olaz Capitán, 2013a). Es por ello que Campoy-Aranda y Gomez-Araújo, (2015) mencionan como ventaja, la flexibilidad que proporciona esta herramienta.

A continuación, se describen las fases que se llevaron a cabo durante las dos horas de duración del grupo nominal siguiendo las fases identificadas por Delbecq, André; Van de Ven, Andrew y Gustafson (1975) y que también fueron utilizadas por la Universidad de Cádiz en el año 2004 con el objetivo de elaborar su Plan Estratégico:

Primera fase: Definir la tarea y generar ideas

Dos semanas antes de la sesión grupal, se envió por correo electrónico a los expertos seleccionados dos informaciones:

1. Hoja informativa y **consentimiento informado** (Anexo 3) que explicaba:

- Objetivos y fases de la investigación
- Consentimiento informado de su participación

2. Se les propuso una actividad de **reflexión individual** (Anexo 4) que deberían hacer antes de acudir a la sesión grupal. Lo que se les pidió que realizaran fue:

- ✓ Identificar de cada de las definiciones una de las competencias propuestas sus palabras clave más relevantes.
- ✓ Definir, a partir de estas palabras clave, los resultados de aprendizaje de cada una de las competencias propuestas. Se aconsejó que para la definición de los resultados de aprendizaje se utilizara la frase “El profesional será capaz de...” seguido de un verbo y una acción que demuestre lo que se pretende evidenciar poniendo como ejemplo: “la enfermera/o será capaz de permitir que el paciente opine, exprese sus dudas y sus preocupaciones”
- ✓ Relacionar cada resultado de aprendizaje con la dimensión de la competencia a la que pertenece que puede ser de conocimiento (saber, saber comprender, saber conocer, saber por qué), habilidad (saber hacer, poder hacer) o actitud (saber ser/estar, saber transferir, querer hacer y saber transferir) y la Unidad de Competencia con la que se relaciona. La asociación de los resultados de aprendizaje con las dimensiones de las competencias es indispensable para evaluar las competencias de las enfermeras en su práctica asistencial (Satu, Leena, Mikko, Riitta, y Helena, 2013).

Para realizar esta actividad se les proporcionó una plantilla de apoyo. Se muestra en la tabla 24.

Tabla 24. Plantilla de apoyo para la reflexión individual.

COMPETENCIA			
Palabra Clave	Resultados de aprendizaje: “el profesional de enfermería debe ser capaz de...”	Dimensión de la Competencia	Unidad de Competencia relacionada
-			
-			

Fuente: Elaboración propia

Los expertos establecieron los resultados de aprendizaje de cada competencia partiendo primero de una reflexión individual, para seguir después con la reflexión grupal. Como bien establece el método DACUM estas reflexiones estuvieron relacionadas de forma muy directa con sus funciones y con las tareas que realizaban como miembros de un equipo de salud.

Segunda fase: Presentación del grupo y Registro de ideas

La sesión grupal se inició con la presentación de los miembros del grupo y la moderadora (investigadora principal) explicó la dinámica de la sesión, cómo se analizaron los ejercicios individuales y presentó los documentos derivados de este análisis sobre los que se trabajaría en la sesión grupal (10 minutos) (Anexo 5). Acto seguido, los participantes se dividieron en 2 grupos de 5 personas, ambos compuestos por profesionales del ámbito de la asistencia, gestión y docencia, que analizaron y priorizaron los resultados de aprendizaje resultantes del análisis del ejercicio individual. Se asignaron a cada subgrupo 3 de las competencias a trabajar junto con dos plantillas de trabajo fruto del análisis de los ejercicios individuales. Una que contenía un gráfico ilustrativo de las palabras clave identificadas por cada experto de cada una de las competencias asignadas y otra que contenía los resultados de aprendizaje que el equipo de investigación había abstraído de los trabajos individuales. Acto seguido, cada experto explicó sus ideas y opiniones al respecto de su reflexión individual en relación con los resultados de aprendizaje identificados de cada una de las 6 competencias propuestas (15 minutos).

Tercera fase: Clarificar ideas

Una vez realizadas las aportaciones individuales, se inició el espacio de discusión en relación con los resultados de aprendizaje identificados. El debate permitió descartar ideas, redefinirlas, reubicarlas, agruparlas o descomponerlas para priorizar los 20-25 resultados de aprendizaje finales de cada una de las 6 competencias sometidas a consenso (30 minutos).

Cuarta fase: Votación preliminar

Una vez definidos los resultados de aprendizaje de las 6 competencias relacionadas con la toma de decisiones, se llevó a cabo una votación preliminar individual en la que cada experto debía priorizar los resultados de aprendizaje en función de su grado de importancia, estableciendo un ranking de mayor a menor importancia (15 minutos).

Pausa (5 minutos)

Quinta fase: Reflexión y Consenso

Después de la votación preliminar, se llevó a cabo la última ronda de reflexión común. Ambos subgrupos intercambiaron los resultados de aprendizaje analizados y los debatieron durante 20 min más para intentar obtener el listado casi definitivo de los resultados de aprendizaje de cada una de las 6 competencias y su orden de priorización.

Sexta fase: Votación final

En esta fase se realizó la votación final siguiendo el esquema trazado en la cuarta fase (10 minutos).

Séptima fase: Consenso final (20 minutos)

Una vez se obtuvieron los resultados de aprendizaje definitivos de cada competencia se asociaron a la dimensión (conocimiento, habilidad o actitud) y a la Unidad de Competencia correspondiente, obteniendo de este modo 6 plantillas, una por competencia propuesta.

Octava fase: despedida y agradecimientos (5 minutos)

En esta última fase la moderadora agradeció la participación incansable de los expertos quienes aportaron grandes ideas tanto a nivel individual como a nivel colaborativo.

Al finalizar el grupo nominal, el equipo de investigación recogimos el material resultante del consenso y al día siguiente nos reunimos con el objetivo de poner en común todos los temas que tanto la moderadora como la observadora detectaron que generaron más discusión y fueron de difícil consenso. Estos temas son los que se utilizaron para desarrollar en la formación de la segunda fase de esta tesis doctoral. A continuación, se explica en qué consistió el rol de la observadora y su objetivo.

Rol de la Observadora

El rol del observador en el trabajo con grupos, consiste en registrar datos que permitan el planteamiento de hipótesis acerca del desarrollo del proceso de interacción de un grupo, en relación con sus objetivos, con las modalidades de abordaje de la tarea, con los obstáculos que se presentan en ella, con la resolución o no de esas dificultades (Pichon y Quiroga, 2009).

En esta investigación el observador tendrá una función principal y es determinar aquellas ideas u opiniones que más dificulten el consenso. De estos discursos se extraerán los temas de debate que permitirán la reflexión en las sesiones formativas dirigidas a enfermeras de la Corporación Sanitaria Parc Taulí.

El observador se sitúa en una posición liberada de las interacciones verbales para facilitar que el registro de datos, se realice desde una perspectiva diferente a la de cualquier otro rol interviniente para conseguir enriquecer el desarrollo y la comprensión de los procesos de interacción (Campoy-Aranda y Gomez-Araújo, 2015). El observador dispuso de una plantilla (Anexo 2) de soporte que incluía tres apartados:

- ✓ Contexto de la observación
- ✓ Objetivo de la observación
- ✓ Foco de la observación

Técnica de recogida de datos y proceso de análisis de resultados

Todo el análisis de la información de la fase cualitativa de esta investigación se ha llevado a cabo bajo el paradigma socioconstructivista. Recordemos que como bien explican Berengüera et al.(2014) el constructivismo es un conjunto de elaboraciones teóricas, interpretaciones y prácticas que se construyen en el contexto social, histórico e individual de las personas que las crean. Desde este paradigma, el conocimiento es una construcción humana, una experiencia compartida que se produce durante el proceso de interacción entre investigadores y participantes, en la que el contexto social, mutuamente construido, tiene un papel clave. Martínez (2020) añade que este paradigma surge como respuesta a la insatisfacción ante los métodos de evaluación convencionales, que tienden a excluir las voces de diferentes actores implicados en los procesos de evaluación. Ello comporta un cambio hacia la igualdad, estructuras menos jerárquicas, distribución del poder entre los interesados y el diseño de intervenciones y actividades con la participación conjunta de todos los actores interesados para mejorar su situación.

Los datos obtenidos de la primera intervención (definir el concepto de paciente crónico con necesidades complejas), se vaciaron en el software Wordle, lo que permitió generar una nube de palabras e identificar y analizar las palabras más utilizadas en las 83 definiciones realizadas por los profesionales enfermeros sobre este concepto.

Dicho software permitió introducir texto, contabilizar palabras semejantes y de una forma rápida y visual se obtuvo una comprensión rápida de los conceptos más importantes del texto introducido. En nuestra investigación, la nube de palabras resaltó los conceptos más utilizados en las definiciones engrandeciéndolos en el espacio de la nube establecida. Como bien dicen Meneses, Vázquez-Cano, Fernández, y Cortes (2020) fue una herramienta útil para el análisis preliminar de todas las definiciones sobre el concepto de paciente crónico con necesidades complejas y para su validación posterior.

En la segunda etapa, esta nube se facilitó a los 15 expertos para que definieran al paciente crónico con necesidades complejas. Los resultados se analizaron mediante un análisis de contenido temático que se inició con la codificación de los datos, y

mediante un progresivo proceso de abstracción, los códigos se agruparon en subcategorías y categorías.

De la segunda intervención (grupo nominal), los ejercicios individuales que los participantes llevaron a cabo antes de la sesión se analizaron de forma estructural e interpretativa y el análisis fue llevado a cabo manualmente por el equipo investigador formado por cuatro enfermeras expertas en el cuidado de pacientes crónicos con necesidades complejas. En equipos de dos, analizaron 3 competencias que posteriormente fueron intercambiadas para validar su interpretación. El análisis estructural permitió descubrir estructuras y reglas subyacentes en los datos textuales y ayudó a poner al descubierto las partes esenciales del texto. Mediante el análisis interpretativo identificamos conexiones entre los conceptos y sus interrelaciones.

Para facilitar el análisis de estos datos seguimos las fases propuestas por Arbeláez y Onrubiai, (2016):

1. **Fase teórica:** Se llevó a cabo un pre-análisis en el cual se organizó la información a través de una revisión superficial de los resultados de aprendizaje de los participantes en el grupo nominal, lo que permitió la emergencia de las primeras aproximaciones hipotéticas de estos resultados. Esta fase para otros autores es la fase de descubrimiento ya que el investigador realiza una primera inmersión en los datos para obtener palabras clave que permitieran un conocimiento aproximado de los datos a analizar antes de iniciar el proceso de análisis más profundo (Icart, Pulpón, Garrido, y Delgado-Hito, s. f.).

2. **Fase descriptiva:** Se realizó un análisis intensivo de los resultados de aprendizaje. Esta fase estuvo formada por dos etapas la de codificación y la de categorización de los datos. La codificación se usó para descomponer y segmentar los datos hasta obtener categorías más generales y simples y para formular nuevas preguntas y niveles de interpretación. En esta etapa se leyeron todos los resultados de aprendizaje propuestos por los participantes del grupo nominal en sus ejercicios individuales, se fragmentaron y se les asignó un código para cada uno de los fragmentos identificados. Los códigos fueron creados en relación con la pregunta de investigación, al paradigma bajo el cual se ha estudiado el fenómeno que es el socio constructivista y el contenido que ofrecieron los

participantes. Una vez elaborados los códigos, todos los fragmentos de texto que tenían el mismo código se reagruparon con el fin de validar los fragmentos que hacían referencia a la definición que se le dio al código.

La segunda etapa de esta fase de análisis fue la categorización que consistió en agrupar los códigos para otorgarles una etiqueta que representaba un nivel más amplio de significado. Esta reagrupación de códigos se denomina subcategorías que en esta investigación estuvieron relacionadas con las palabras clave que cada participante identificó de cada competencia. Una vez elaboradas las subcategorías, se elaboraron las categorías a partir de las cuales se redefinieron los resultados de aprendizaje a consensuar en el grupo nominal.

3. Fase interpretativa. En esta fase se elaboraron gráficos y diagramas que mostraron las diferentes interconexiones entre subcategorías y categorías. Esta fase que fue llevada a cabo por el equipo investigador y el producto de su interpretación ayudó a la redefinición de los resultados de aprendizaje que deberían ser sometidos a revisión y consenso por los co-investigadores, en este caso los participantes del grupo nominal, que no habían realizado el análisis.

Los datos obtenidos por la observadora fueron analizados manualmente al día siguiente de la sesión por la propia observadora y la investigadora principal.

FASE 2

ACCIÓN FORMATIVA

Diseño

Esta fase 2 junto con la fase 3, se plantean bajo el **diseño incrustado concurrente de varios niveles**, tal y como se ha comentado anteriormente, dado que se obtienen datos cualitativos (CUAL) y cuantitativos (CUANT) en diferentes grupos de análisis y en diferentes niveles, pero todos ellos y de forma anidada, nos permiten aproximarnos a la complejidad del objeto de estudio, que es la toma de decisiones enfermeras en pacientes crónicos con necesidades complejas.

Recordemos que de los modelos mixtos más utilizados y relacionados con las ciencias de la salud que definieron Lorenzini y Histórico (2017) y Schifferdecker y Reed (2009) esta fase se fundamenta en el **modelo explicativo** ya que los datos cuantitativos obtenidos de los ejercicios individuales y de la técnica Delphy a tiempo real fueron discutidos por los participantes de la acción formativa mediante la práctica reflexiva y el pensamiento crítico con el objetivo de ir más allá de la descripción de los conceptos, aclarar los datos cuantitativos encontrados y buscar su interpretación. En este tipo de modelo la indagación cuantitativa tiene más peso y guía a la cualitativa.

Acciones, población de estudio, y técnica de recogida de datos.

Para desarrollar las competencias asociadas a la toma de decisiones se llevaron a cabo dos acciones, por un lado el diseño de la acción formativa y por otro su implementación. A continuación, se describirá de cada una de ellas el diseño, población de estudio, técnica de recogida de datos y su análisis.

A. Diseño de la acción formativa

La acción formativa se diseñó partiendo de las reflexiones y argumentos que denotaban difícil consenso y que fueron anotados por el observador del grupo nominal llevado a cabo en la Fase 1 (Anexo 6).

Justificación de la acción formativa

Las enfermeras en su ejercicio profesional requieren, además de adaptarse constantemente a nuevas situaciones derivadas de un contexto situacional dinámico, de habilidades para resolver problemas y tomar decisiones en situaciones inciertas y complejas.

Los pacientes crónicos en situación de complejidad tienen alta probabilidad de descompensaciones de sus patologías crónicas con presencia de sintomatología múltiple y difícil de controlar (Direcció General de Planificació en Salut del Departament de Salut, 2020a). Son pacientes con alta prevalencia de reingresos y alta frecuentación a los servicios de urgencias tanto de Atención Primaria como Hospitalaria que requieren de un abordaje multidisciplinar, en el que la enfermera cobra cada vez más valor (Albertí et al., 2017). Las enfermeras deben ayudar a estos pacientes a transitar por los

diferentes recursos del sistema; todos ellos activados, muy a menudo, por vías y profesionales diferentes y a su vez, deben tomar decisiones argumentadas y fundamentadas que faciliten la toma de decisiones compartida ante las dudas que se presentan durante todo el proceso de atención de estos pacientes y de sus familias (Amblàs-Novellas, 2016).

Actualmente encontramos pacientes crónicos en situación de complejidad en Atención Primaria, en Hospitalización de Agudos, en Urgencias, en Unidades Sociosanitarias e incluso en Ámbitos Residenciales...pero ¿Conocemos el modelo de gestión de cronicidad de la institución en la que trabajamos? ¿Conocemos nuestro estilo de tomar decisiones?, ¿Cuáles son las decisiones que más tomamos en el contexto de atención a estos pacientes? ¿Qué podemos mejorar?.

Estamos ante un escenario que exige un nuevo perfil de enfermeras que tengan más competencias clínicas sobretodo en relación a la detección de necesidades y a la toma de decisiones, más capacidad de trabajar en equipo, más habilidad en el manejo de conflictos, más capacidad de coordinar recursos, más capacidad de manejo de la polifarmacia y sobretodo más capacidad de empoderar a los pacientes crónicos complejos y a su entorno afectivo (San Martín-Rodríguez, 2016).

La formación que se presentó apostó por la reflexión acerca de estos retos, que no distaban de ser los retos del día a día de las/os enfermeras/os que estaban al cuidado de estos pacientes. Mediante la reflexión se pretendió potenciar el consenso, la integración, el desarrollo y la evaluación de las competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones en pacientes crónicos con necesidades complejas, con el objetivo de garantizar una atención de calidad adecuada a sus necesidades. Dicha reflexión se llevó a cabo con la ayuda de diversas metodologías docentes, siendo una de ellas el Health Consensus que se utilizó, gracias a esta investigación, por primera vez en un ámbito hospitalario, tal y como se explicará a continuación.

Herramienta Health Consensus

El método Delphi habitual basado en diferentes opiniones de expertos quienes de forma anónima responden a unos cuestionarios y posteriormente reciben comentarios que les permiten volver a responder nuevos cuestionarios con la intención

de reducir el rango de respuestas y llegar a un consenso más concreto, se considera un método pronóstico (Powell, 2003). La técnica Delphi se ha convertido en una herramienta fundamental en el área de la administración e investigación pero cada vez más existe una necesidad creciente de utilizar esta técnica para consensuar y evaluar modelos que den respuesta a problemas complejos que se encuentran en otros ámbitos como son la atención sanitaria (Holey, Feeley, Dixon, y Whittaker, 2007), la sociología y la educación (Rivera, Lainez, Danilo, Osmar, y Mauricio, 2005). Este uso en ambientes más académicos ha potenciado la cultura de participación y el sentido de pertinencia (Monguet, Trejo, Bassolas, y Martí, 2014).

Una de las limitaciones de esta técnica siempre ha sido el tiempo, el espacio y el coste que se deriva. Es por ello que desde hace años se está intentando superar estas limitaciones utilizando las tecnologías digitales para llevar a cabo esta técnica de investigación siendo Day y Bobeva (2005) unas de las primeras investigadoras que utilizaron el método Delphi de una manera distinta, dado que no lo utilizaron para generar teoría basada en escenarios futuros, objetivo del Delphi tradicional, sino que lo utilizaron para llevar a cabo un desarrollo conceptual fusionando experiencias de diversas áreas temáticas y utilizando las redes sociales.

Con ello y gracias al desarrollo de las tecnologías de la información, la necesidad de disponer de diseños colaborativos eficientes para desarrollar productos innovadores se reformularon y se mejoraron los métodos Delphi tal y como se concebían en aquel momento (Gnatzy, Warth, von der Gracht, y Darkow, 2011). Monguet, Trejo, Martí y Escarabill (2017) desarrollaron una versión digital adaptada denominada Health Consensus. Se trata de una herramienta de inteligencia colectiva que se basa en el método Delphi mejorado con tecnología y herramientas digitales (recursos multimedia interactivos) que permite a los profesionales a través de una plataforma en internet opinar sobre preguntas propuestas a través de un cuestionario (Anexo 17), con el objetivo de llegar a un consenso fruto de un proceso de reflexión individual y colectivo. Health Consensus favorece que los profesionales participen de forma efectiva en temas relacionados con su práctica asistencial mediante consultas a tiempo real. Una vez los participantes votan su respuesta, la herramienta ofrece un retorno inmediato de la opinión del resto de personas consultadas de forma que, a través de un proceso

interactivo se llegan a consensos concretos. Health Consensus no altera la esencia del método Delphi tradicional pero si que facilita la operatividad del proceso, además de otras ventajas como son (Monguet Fierro et al., 2017):

- ✚ Elasticidad temporal: Las restricciones y limitaciones de tiempo se reducen debido a que este método permite procesos sincrónicos (cara a cara) y asincrónicos (a distancia) para programar la participación y la retroalimentación. Al cortar tiempo de ejecución, se mejora la eficiencia.
- ✚ Innovación digital: El espacio virtual permite la participación de un número ilimitado de participantes que de una manera distinta utilizan las herramientas digitales para sumar conocimientos..
- ✚ Retroalimentación instantánea: Después de las votaciones, permite debates abiertos y en función de los argumentos de los participantes durante la reunión Health Consensus favorece cambiar el voto y garantiza un feedback instantáneo.
- ✚ Resultados inmediatos: Al ser a tiempo real permite el cálculo de los resultados de forma instantánea y automática (Monguet Fierro et al., 2010). Los datos son dinámicos y los resultados al poder ser analizados al momento permiten informar a los participantes sobre el consenso actual de la pregunta pudiendo ver en todo momento, la evolución del proceso de acuerdo o desacuerdo y como éste progresaba. En función de ello se potenciaba la discusión con el objetivo de llegar a un consenso.
- ✚ Acceso al conocimiento a través del aprendizaje colectivo

Cabe decir que los métodos Delphi siempre han generado discusión sobretodo en relación a la rigurosidad y la validez de los cuestionarios, la estructura de los paneles, los métodos de retroalimentación y la medición de los resultados (Holey et al., 2007), aún así Monguet et al. (2017) después de mejorar el prototipo de la herramienta mediante su aplicación en 18 casos reales durante los años 2012-2016 concluye en su estudio, que el método Delhi adaptado y basado en herramientas digitales facilita la participación, el intercambio de conocimientos y la toma de decisiones.

Esta herramienta fue presentada por el Departament de Salut en el año 2013 y fue utilizada por primera vez por la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitaria de Catalunya (AQuAS) para identificar los indicadores para la evaluación de la atención a la cronicidad

y para la gestión de las áreas de mejora en este campo. En su momento nunca había sido utilizada en contextos de salud micro (actividad de los profesionales clínicos y pacientes en ámbito de hospitalización) y es por ello por lo que gracias a la colaboración del Departamento de Educación de la Universidad Autónoma de Barcelona y de la Universidad Politécnica de Catalunya se propuso probar esta herramienta en el Hospital Parc Taulí y el Hospital del Vendrell obteniendo el consentimiento de las direcciones de enfermería correspondientes (Anexos 25). Primero se utilizó en el Hospital Parc Taulí y posteriormente, y con el objetivo de ampliar la muestra de estudio para evaluar el Health Consensus como herramienta pedagógica útil para potenciar la reflexión grupal y generar consensos, se utilizó en el Hospital del Vendrell. Se replicó la primera sesión utilizada en el Hospital Parc Taulí, anteriormente descrita, para llevar a cabo la sesión formativa “Abordaje de enfermería ante el cuidado de pacientes crónicos con necesidades complejas en trayectoria de final de vida” (Anexo 33).

Todas las preguntas que se debatieron mediante esta herramienta fueron medidas mediante una escala Likert de 4 opciones: Nada/Poco/Bastante/Mucho donde 0 es nada, POCO es 1, bastante es 2 y mucho es 3.

Características de la acción formativa

La propuesta del curso se presentó al Comité de Formación del Consorci Corporación Sanitaria Parc Tauli en Julio de 2017 y el 19 de setiembre de 2017 fue aceptado e incluido en el Plan Institucional de Formación del Hospital (Anexo 7) para ser impartido durante el mes de febrero de 2018.

A continuación, se explican las características de la acción formativa que se presentó:

- ✓ **Modalidad:** Presencial
- ✓ **Población de estudio:** Dirigido a enfermeras de la Corporación Sanitaria Parc Tauli que trabajaban en el ámbito de Atención Primaria, Hospitalización, Urgencias y Ámbito Sociosanitario atendiendo a pacientes crónicos con necesidades complejas.
- ✓ **Número máximo de participantes:** 30
- ✓ **Contenidos:**

1. Concepto de Cronicidad, Dependencia, Fragilidad, Complejidad y multimorbilidad.
 2. Concepto y características del Paciente Crónico con necesidades complejas (Paciente crónico complejo (PCC) y paciente con enfermedad crónica avanzada (MACA)).
 3. Modelos explicativos de la toma de decisiones en salud
 4. Conflicto decisional y dilema ético
 5. Toma de decisiones de enfermería basada en la deliberación, el pensamiento crítico y la práctica reflexiva.
 6. Herramientas de ayuda para la toma de decisiones
 7. Toma de decisiones en el contexto de paciente crónico con necesidades complejas.
- ✓ **Metodología docente:** En las sesiones se combinaron espacios de reflexión individual, grupal, discusión y consenso y se utilizaron diferentes instrumentos y estrategias que permitieron el aprendizaje mediante la reflexión y el razonamiento crítico. Los instrumentos que se utilizaron para potenciar la reflexión posterior de sus resultados fueron⁹:
- ✚ La **Herramienta IEMAC** (Instrumento para la Evaluación de Modelos de Atención ante la cronicidad) para realizar una autoevaluación de la institución en la que trabajan los profesionales que permitió detectar puntos fuertes y oportunidades de mejora para una mejor atención a los pacientes crónicos (ANEXO 8).
 - ✚ El **cuestionario Decision Making Questionnaire II (DMQ-II)** diseñado en 1982 por el profesor Leon Mann, de la Universidad de Flinders (Australia) y traducido al castellano por Barbero, Vila, Maciá, Pérez-Llantada y Navas (1993) (ANEXO 9).
 - ✚ **Herramienta Health Consensus** explicada anteriormente.
- ✓ **Sesiones:** El curso estaba constituido por cuatro sesiones presenciales de 3 horas, las tres primeras formativas y la última evaluativa.

⁹Cada uno de estos instrumentos se explicarán con detalle dentro de cada una de las sesiones formativas en las que se utilizaron

La periodicidad fue una sesión por semana las tres primeras sesiones y la cuarta se llevó a cabo a los 3 meses de finalizar el curso formativo.

Los participantes antes de cada sesión debían realizar ejercicios individuales de reflexión acerca de diferentes temas facilitados por el equipo docente. Estas reflexiones individuales previas fueron indispensables para profundizar más en la reflexión grupal que se llevó a cabo en cada sesión presencial.

✓ **Temporalización de la formación:**

A continuación, mostramos en la tabla 25 el calendario de la formación impartida:

Tabla 25. Calendarización de la Formación en la Corporación Sanitaria Parc Taulí.

CONSORCI CORPORACIÓ SANITARIA PARC TAULÍ			
SESIÓN	FECHA	HORARIO	LUGAR DE IMPARTICIÓN
1ª sesión	2 de febrero de 2018	Mañana (10h a 13h) y Tarde (15h a 18h)	Aula 1 edificio Santa Fe
2ª sesión	9 de febrero de 2018	Mañana (10h a 13h) y Tarde (15h a 18h)	Aula 1 edificio Santa Fe
3ª sesión	16 de febrero de 2018	Mañana (10h a 13h) y Tarde (15h a 18h)	Aula 1 edificio Santa Fe
4ª sesión	4 de mayo de 2018	Mañana (10h a 13h) y Tarde (15h a 18h)	Aula 1 edificio Santa Fe

Fuente: Elaboración propia.

✓ **Participantes en la formación:**

Participaron en el estudio 30 enfermeras. La selección de la muestra fue intencionada y por conveniencia y se utilizó el método DACUM. Esta técnica permitió seleccionar expertos mediante el análisis de sus puestos de trabajo con el objetivo de conocer sus funciones, habilidades, actitudes y conocimientos de su trabajo en particular (Chaves, Menezes Brito, Cozer Montenegro y Alves, 2010). Los criterios de inclusión fueron considerar la homogeneidad del grupo, que se consiguió siendo todos ellos profesionales activos laboralmente y con una experiencia de trabajo con este tipo de pacientes mínima de 5 años; y la heterogeneidad, que se consiguió al ser profesionales que trabajaban en diferentes niveles asistenciales, incluyendo atención especializada, Centros de Atención Primaria y Centros Sociosanitarios.

✓ **Evaluación**

La evaluación del curso se llevó a cabo mediante los siguientes instrumentos:

- ✚ Cuestionario de satisfacción según modelo normalizado en el Plan de Formación del Parc Taulí (Anexo 10).
- ✚ Cuestionario de transferencia, para medir variables relacionadas con el aprendizaje y comportamiento que se pasó a las enfermeras después de cada sesión formativa (Anexo 11) y a los tres meses se pasó a sus responsables con la finalidad de conocer la transferencia de los aprendizajes en el lugar de trabajo (Anexo 12)

✓ **Presupuesto**

Tanto el diseño de la acción formativa como su evaluación forman parte de un proyecto de colaboración del Departamento de Educación de la Universidad Autónoma de Barcelona, de la Universidad Politécnica de Catalunya y del Consorcio Corporación Sanitaria Parc Taulí. Es por ello por lo que, dado que la herramienta **Health Consensus** no ha sido utilizada nunca en contextos de salud micro (actividad de los profesionales clínicos y pacientes en atención hospitalaria) se propuso probarla de forma gratuita en dicha institución.

Los días de formación de cada profesional no supusieron coste adicional dado que los profesionales acudieron al curso fuera de su horario laboral, a escoger entre turno de mañana o tarde.

B. Implementación de la acción formativa.

Como se ha comentado anteriormente la segunda intervención de esta Fase 2 fue la implementación del curso formativo. Se llevó a cabo en febrero y mayo de 2018 en el marco de un curso formativo institucional titulado «Toma de decisiones en enfermería en el contexto de atención a pacientes crónicos con necesidades complejas». El curso estaba integrado por cuatro sesiones formativas que pretendían desarrollar la competencia enfermera toma de decisiones mediante la reflexión y el pensamiento crítico.

La reflexión se centró en cuatro elementos clave que se sometieron a consenso a lo largo de las tres primeras sesiones formativas:

[1] Modelo de gestión de la cronicidad →

La toma de decisiones clínicas de enfermería en pacientes crónicos con necesidades complejas debe estar contextualizada en la institución sanitaria en la que están ingresados estos pacientes. Es por ello por lo que antes de reflexionar sobre la toma de decisiones de enfermería es indispensable conocer y reflexionar acerca del modelo de gestión de la cronicidad que tiene implementado el hospital.

[2] Toma de decisiones de enfermería en la atención de pacientes crónicos con necesidades complejas →

La toma de decisiones clínicas es un proceso complejo que implica pensamiento crítico, habilidades para resolver problemas, reflexión, juicio clínico y evaluación de evidencias. Tomar decisiones es una habilidad que hay que saber desarrollar teniendo en cuenta: la decisión a tomar y el contexto en el que se toma la decisión.

[3] Estilo en la toma de Decisiones →

Es indispensable primero, reflexionar de forma individual sobre cómo cada persona toma decisiones y qué factores influyen en ello, para después abordar el tema de forma grupal, obteniendo consensos que permitan mejorar el proceso de atención de estos pacientes atendidos en todos los niveles asistenciales.

[4] Propuestas de mejora en las competencias enfermeras asociadas a la toma de decisiones →

Es necesario, mediante el pensamiento crítico y la práctica reflexiva consensuar qué propuestas de mejora son las más adecuadas para desarrollar las competencias asociadas a la toma de decisiones en pacientes crónicos con necesidades complejas y a su vez, mejorar su eficacia. Las propuestas de mejora fueron encaminadas a identificar qué comportamientos se podían cambiar en el día a día de nuestra práctica asistencial para mejorar esta toma de decisiones.

Desarrollo de las sesiones, recogida y análisis de datos:

Una semana antes de iniciar el curso formativo, la Comisión de docencia envió un documento (Anexo 13) en el que el equipo de investigación dio la bienvenida, explicó la dinámica del curso, facilitó las claves de acceso a la plataforma informática para llevar a cabo las sesiones y propuso el trabajo individual a realizar previo a la primera sesión presencial.

En la siguiente tabla 26 se describe a modo de resumen, los objetivos de estudio de esta fase 2, en qué sesión se trabajaron, los instrumentos de recogida de datos y cómo se analizaron.

Tabla 26. Objetivos de la investigación según cada fase

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS DE LA FASE 2	SESIÓN FORMATIVA	INSTRUMENTOS	ANÁLISIS DE DATOS CUALITATIVO	ANÁLISIS DE DATOS CUANTITATIVO SPSS for Windows 24
2.1 Describir el grado de consenso sobre la implementación del modelo de gestión en atención al paciente crónico de cada institución.	Sesión 1	<p>*IEMAC/ARCHO adaptado a un cuestionario Google Forms. Parc Tauli: https://forms.gle/r2n4ipBKoEv9BP9C6</p> <p>Hospital el Vendrell: https://forms.gle/2a34bTCh9LghnYxEA</p> <p>*Health Consensus</p>		Se realizan cálculos estadísticos descriptivos (media y DE) de cada uno de los ítems y por dimensiones.
2.2 Consensuar las decisiones de enfermería más prevalentes en el marco de atención a estos pacientes	Sesión 2	* Health Consensus	<p>Análisis temático: se analizaron en primer lugar los datos obtenidos de los ejercicios individuales. Se leyeron detenida y repetidamente las respuestas y se elaboró un primer listado de las decisiones que más se repetían. Mediante un proceso de abstracción se eliminaron los datos redundantes y sin sentido, se fragmentó el texto en unidades que posteriormente se recompusieron, creando, clasificando, juntando y ordenando categorías para volver a construir el listado de decisiones más comprensible.</p>	<p>Cálculos estadísticos inferenciales:</p> <p><i>*Relación entre los niveles de consenso y el género:</i> Las puntuaciones medias de los niveles de consenso de cada uno de los ítems del cuestionario, de hombres y mujeres se comparan mediante la prueba t de Student para muestras independientes. (valores t y significación estadística (p)).</p> <p><i>*Relación entre los niveles de consenso y la experiencia:</i> Las puntuaciones medias de los niveles de consenso del valor total según la experiencia (añadir franjas de años) Se calculan las medias de las diferentes franjas años y se realiza la prueba de ANOVA de un factor para ver si la relación es significativa.</p> <p><i>*Relación entre los niveles de consenso y la unidad:</i> Se calculan las medias de los diferentes servicios y se realiza la prueba de ANOVA de un factor para ver si la relación es significativa.</p> <p><i>*Relación entre los niveles de consenso y el turno de Trabajo:</i> Se calculan las medias de los diferentes turnos y se realiza la prueba de ANOVA de un factor para ver si la relación es significativa.</p>

2.3 Conocer el estilo de toma de decisiones de cada uno de los profesionales que participaron en la acción formativa.		*Decision Making Questionnaire II (DMQ-II)		Se realizan cálculos estadísticos descriptivos (media y DE) de cada uno de los ítems y por dimensiones.
2.4 Consensuar propuestas de mejora para aumentar la eficacia de la toma de decisiones	Sesión 3	* Health Consensus	Análisis temático: se analizaron los datos obtenidos de los ejercicios individuales. Se leyeron detenida y repetidamente las respuestas y se elaboró un primer listado de las propuestas que más se repetían. Mediante un proceso de abstracción se eliminaron los datos redundantes y sin sentido, se fragmentó el texto en unidades que posteriormente se recompusieron, creando, clasificando, juntando y ordenando categorías para volver a construir propuestas más comprensibles.	Cálculos estadísticos inferenciales: <i>*Relación entre los niveles de consenso y el género:</i> Las puntuaciones medias de los niveles de consenso de cada uno de los ítems del cuestionario, de hombres y mujeres se comparan mediante la prueba t de Student para muestras independientes. (valores t y significación estadística (p)). <i>*Relación entre los niveles de consenso y la experiencia:</i> Las puntuaciones medias de los niveles de consenso del valor total según la experiencia (añadir franjas de años) Se calculan las medias de las diferentes franjas años y se realiza la prueba de ANOVA de un factor para ver si la relación es significativa. <i>*Relación entre los niveles de consenso y la unidad:</i> Se calculan las medias de los diferentes servicios y se realiza la prueba de ANOVA de un factor para ver si la relación es significativa. <i>*Relación entre los niveles de consenso y el turno de Trabajo:</i> Se calculan las medias de los diferentes turnos y se realiza la prueba de ANOVA de un factor para ver si la relación es significativa.
2.5 Evaluar la eficacia de la herramienta Health Consensus como herramienta pedagógica útil para potenciar la reflexión grupal y generar consensos		*IEMAC/ARCHO		*Se realizan cálculos estadísticos descriptivos (media y DE) de cada uno de los ítems y por dimensiones antes y después de la reflexión
		*Health Consensus		*Cálculos estadísticos inferenciales: Se analizó el ANOVA de un factor para la comparación de la media total del modelo y del consenso del modelo después de la reflexión grupal.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS DE LA FASE 3	SESIÓN FORMATIVA	INSTRUMENTOS	ANÁLISIS DE DATOS CUALITATIVO	ANÁLISIS DE DATOS CUANTITATIVO SPSS for Windows 24
3.1 Identificar los aprendizajes que los profesionales pretendían implementar en su puesto de trabajo.	Sesión 4	*Plan de transferencia	<p>Análisis temático: se analizaron los datos obtenidos de los ejercicios individuales. Se leyeron detenida y repetidamente las respuestas y se elaboró un primer listado de los resultados que más se repetían. Mediante un proceso de abstracción se eliminaron los datos redundantes y sin sentido, se fragmentó el texto en unidades que posteriormente se recompusieron, creando, clasificando, juntando y ordenando categorías para volver a construir elementos más comprensibles.</p>	
3.2 Identificar qué elementos facilitan o dificultan la transferencia de los aprendizajes desde la opinión del profesional		*Informe de transferencia de los participantes en la acción formativa		
3.3 Evaluar el grado de implementación de las propuestas de mejora diseñadas por los profesionales como resultado de la acción formativa y qué elementos facilitan o dificultan su implementación desde la opinión del profesional y de su responsable		* Informe de transferencia de los participantes en la acción formativa * *Informe de transferencia dirigido a los gestores		Se realizan cálculos estadísticos descriptivos (media) de cada uno de los ítems.
3.4 Describir las evidencias de la implementación de la propuesta y sus resultados		*Plan de aplicación y evidencias		
3.5 Evaluar el grado de satisfacción de los participantes en la acción formativa.		*Cuestionario de satisfacción *Cuestionario para la evaluación de la calidad de las acciones formativas		Se realizan cálculos estadísticos descriptivos (media) de cada uno de los ítems.

Fuente: Elaboración propia.

Es importante tener en cuenta que en este curso formativo participaron enfermeras que trabajaban en distintos ámbitos asistenciales consiguiendo crear un espacio valioso de opinión y reflexión.

Seguidamente, se explica con más detalle la dinámica de cada sesión.

Dinámica de la sesión 1

✓ Actividad individual previa a la realización de la primera sesión

Se envió a todos los participantes una encuesta creada en el Google Forms y basada en el instrumento IEMAC/ARCHO (Anexo 14) y se les pidió exactamente que según su opinión señalaran el grado de implementación, por parte de la institución en la que trabajaban, de los indicadores relacionados con la cronicidad que les proponíamos y que eran los marcados en las dimensiones 3,4 y 5 del instrumento IEMAC/ARCHO que serán explicadas a continuación.

IEMAC/ARCHO es un instrumento de autoevaluación, diseñado y evaluado en el contexto español (Nuño-Solinís et al., 2013; Solas et al., 2012), que permite medir la progresión de la organización en su transformación hacia el abordaje de la cronicidad (Del Rio Camara et al., 2016) y a su vez, facilita a las instituciones identificar en qué punto se encuentran respecto a la implantación de modelos orientados a la gestión de la atención integrada al paciente crónico, facilitando la identificación de los puntos fuertes y de los que precisan una mejora, para establecer cambios (Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, 2019). Permite su aplicación en diferentes contextos y niveles de decisión: macro (formulación de políticas y estrategias y asignación de recursos para hacerlas efectivas), meso (gestión de organizaciones, centros y programas asistenciales) y micro (actividad de los profesionales clínicos y pacientes) en los diferentes ámbitos asistenciales. En este curso formativo se llevó a cabo la autoevaluación a nivel micro.

Como se explicó en el capítulo 2 de esta investigación, la prevención y el control de las enfermedades crónicas está siendo uno de los mayores retos de los sistemas sanitarios en todo el mundo. En la actualidad, existe un amplio consenso en la necesidad de nuevos modelos para gestionarlas mejor y se reconoce que no existe un modelo universal de gestión de enfermedades crónicas (Mira et al., 2015). Como explica Mira

(2015) uno de los modelos que ha conseguido mayor aceptación y difusión a nivel internacional es el “Chronic Care Model”, conocido por sus siglas en inglés CCM¹⁰, desarrollado por el MacColl Institute for Health Care Innovation. Basado en los elementos básicos el Crhonic Care Model, se ha desarrollado el IEMAC/ARCHO que está formado por 6 dimensiones de evaluación:

1. Organización del sistema de salud
2. Salud Comunitaria
3. Modelo Asistencial
4. Apoyo al autocuidado del paciente
5. Apoyo a la toma de decisiones clínicas
6. Sistemas de información

De estas dimensiones, se derivan 27 componentes y 80 intervenciones.

De las 6 dimensiones que permite evaluar el instrumento IEMAC/ARCHO, en esta investigación las enfermeras inscritas en el curso formativo autoevaluaron únicamente las tres dimensiones cuyas intervenciones estaban más relacionadas con el entorno, con el paciente crónico con necesidades complejas y su autocuidado y en la toma de decisiones compartidas. Esta decisión se tomó dada la existencia de otros estudios que adaptaron dicha herramienta al contexto de atención al paciente diabético (IEMAC Diabetes) (Fernández-Cano, Solas-Gaspar, Guilabert-Mora, Mira-Solves, y Nuño-Solinís, 2016; Mateo-Gavira et al., 2020) y a pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias mediadas por inmunidad (IEMAC-Erimi) (de Toro et al., 2021) . Las dimensiones que autoevaluaron las enfermeras que participaron en el curso formativo fueron:

- ✓ Dimensión 3: Modelo Asistencial
- ✓ Dimensión 4: Apoyo al autocuidado del paciente

¹⁰ La evidencia inicial sobre la cual se basa el Crhonic Care Model (CCM) proviene de una revisión de intervenciones para mejorar la atención a las personas con enfermedades crónicas. Una revisión posterior de la Colaboración Cochrane confirmó, que los cambios en la práctica de múltiples componentes podían conducir a mayores resultados de salud. Es por ello por lo que este modelo identifica la comunidad, el sistema de salud (experiencia y habilidades de sus proveedores), el soporte de autogestión educando y apoyando a los pacientes, el soporte en la toma de decisiones, la prestación de atención más basada en el trabajo en equipo y planificada y los sistemas de información clínica como los elementos esenciales de un sistema de atención que fomenta la atención de enfermedades crónicas de alta calidad.

- ✓ Dimensión 5: Apoyo a la toma de decisiones compartidas.

A continuación, se describe brevemente cada una de ellas:

DIMENSIÓN 3- MODELO ASISTENCIAL

Esta dimensión se refiere a cómo avanzar a modelos de atención proactivos que contemplen a la persona con enfermedades crónicas en su globalidad, con un enfoque integrado, por parte de los distintos dispositivos y profesionales de los ámbitos social y sanitario que desempeñan sus funciones de forma planificada, estructurada y coordinada, y se estructura en los siguientes componentes:

- 3.1. Atención centrada en el paciente
- 3.2. Competencias profesionales
- 3.3. Trabajo en equipo multidisciplinar
- 3.4. Integración y continuidad asistencial
- 3.5. Seguimiento activo del paciente
- 3.6. Innovación en las interacciones entre pacientes y profesionales
- 3.7. Gestión clínica de la cronicidad y sistemas de incentivos

DIMENSIÓN 4- APOYO AL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE

Esta dimensión se refiere a cómo el paciente crónico se implica en la gestión y cuidados de su enfermedad. Supone el uso eficaz de estrategias de apoyo y capacitación que faciliten que el paciente adquiera la motivación, los conocimientos, las habilidades y los recursos necesarios para afrontar su proceso crónico. Se estructura en los siguientes componentes:

- 4.1 Evaluación del paciente para el autocuidado
- 4.2. Educación terapéutica estructurada
- 4.3. Activación psicosocial del paciente y apoyo mutuo
- 4.4 Herramientas para facilitar el autocuidado
- 4.5 Toma de decisiones compartida

DIMENSIÓN 5- APOYO A LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS

Esta dimensión se refiere al compromiso de la organización para mejorar los resultados en salud mediante herramientas de ayuda a la toma de decisiones, la formación de los

profesionales y el intercambio de conocimiento entre quienes prestan atención al paciente crónico. Se estructura en los siguientes componentes:

5.1 Protocolos y guías compartidas

5.2 Formación continuada

5.3 Consultoría y enlace

Mediante este ejercicio individual realizado antes de la primera sesión del curso, los participantes pudieron reflexionar sobre el compromiso de su empresa en relación con el abordaje de atención de los pacientes crónicos y esto permitió a su vez, romper las barreras en la comunicación que generalmente existen entre profesionales y organizaciones y que suponen una dificultad para el aprendizaje y el desarrollo de las competencias.

Cabe decir que el rango que establece el instrumento es de 0 a 100 pero para facilitar el registro se estableció el rango de 1 a 5 siguiendo la siguiente equivalencia (Tabla 27):

Tabla 27: Equivalencia de los valores de las variables del instrumento EIMAC/ARCHO.

Instrumento IEMAC/ARCHO	Interpretación de los valores	Instrumento de esta investigación
0-10	Existen actuaciones aisladas y/o un plan de acción. El despliegue es limitado. Se realiza en <10% de los casos	1
15-35	El plan de acción se ha puesto en marcha, aunque no se hayan evaluado resultados. Se realiza entre el 11-25% de los casos	2
40-60	El plan de acción se está desarrollando de forma sistemática. Se han evaluado resultados. Se realiza entre el 26-50% de los casos	3
65-85	El plan de acción se ha evaluado sistemáticamente al menos durante 2 años. Se realiza entre el 51-75% de los casos	4
90-100	El plan de acción está integrado en el modelo asistencial, alcanza un despliegue superior al 76% y favorece la innovación.	5

Fuente: Elaboración propia

✓ **Actividad de la Primera Sesión de la acción formativa**

La primera sesión fue formativa y duró 3 horas. Se inició la sesión presentando los objetivos de la formación, sus contenidos y la metodología de aprendizaje que se llevaría a cabo (ANEXO 15). A continuación, se dedicaron 30 minutos a explicar y reflexionar

sobre conceptos comunes en nuestra práctica profesional como son comorbilidad, dependencia, fragilidad, complejidad, PCC y MACA (ANEXO 16).

Posteriormente, se utilizó el método Delphi a tiempo real mediante la herramienta *Health Consensus* (ANEXO 17) para consensuar, esta vez de forma grupal, el grado de implementación de los 35 ítems del instrumento IEMAC/ARCHO (Tabla 28).

Tabla 28. Ítems de las dimensiones 3,4 y 5 del instrumento IEMAC/ARCHO relacionados con la atención a la cronicidad, sometidos a consenso mediante la herramienta Health Consensus.

1.La organización asigna a cada paciente crónico un profesional para que ejerza como su referente asistencial
2.Los pacientes de alto riesgo disponen de una línea de consulta durante 7 días/24horas con profesionales con acceso a su historia clínica
3. Se ha definido un plan específico de actuación con pacientes en situación de enfermedad crónica avanzada, de acuerdo con sus valores y preferencias
4. Se apuesta para que la atención social y sanitaria esté dirigida a que el paciente permanezca en su entorno y en la comunicad con la mejor calidad posible
5.Los profesionales incorporan y desarrollan las competencias que deben intervenir en la atención al paciente crónico
6.Existen profesionales responsables de la coordinación y continuidad asistencial, especialmente en procesos de transición entre ámbitos asistenciales y en la planificación del alta hospitalaria
7.Se dispone de profesionales con competencia en gestión de casos en la comunidad para el manejo de los pacientes crónicos de mayor riesgo
8.Los profesionales desarrollan competencias en el ámbito relacional y de motivación para que el paciente se implique en su autocuidado
9. En el centro se trabaja en equipo multidisciplinar
10.Se promueve la relación entre los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales con actividades conjuntas
11. Se facilita el trabajo colaborativo entre profesionales de los ámbitos sanitarios, sociales y comunitarios para mejorar la atención al paciente crónico
12.Existen objetivos compartidos entre los diferentes equipos que atienden al paciente crónico.
13.Se han elaborado y aplicado rutas asistenciales entre atención primaria y especializada para las patologías crónicas más prevalentes
14.Existen alertas para informar y activar a los equipos clínicos en procesos de interconsulta y en situaciones de transición (urgencias, ingreso y alta hospitalaria y de centros sociosanitarios)
15.Existen circuitos alternativos a urgencias para pacientes crónicos en situación de dificultad de manejo y/o agudización: hospital de día, ingreso dirigido desde AP, acceso telefónico u otros.
16.Se realiza la conciliación farmacológica en las transiciones entre ámbitos asistenciales.
17.Existen planes de actuación estandarizados según perfiles de pacientes que incluyen actividades de promoción y prevención
18.Existe un plan terapéutico integral para cada paciente con objetivos de prevención, de control clínico y de síntomas, así como de autocuidado, incorporado en su historia clínica.
19.Existen alertas en la HC que advierten al profesional cuando el paciente tiene un control inadecuado
20.Se revisa sistemáticamente la medicación con el paciente para detectar y resolver problemas relacionados con su efectividad, seguridad y adherencia
21.Se utilizan tecnologías que permiten la interacción entre pacientes y profesionales de forma no presencial (teléfono, correo electrónico, consulta telemática, telemonitorización, teleasistencia, apps)
22.Se realizan consultas grupales
23. Se prescriben sitios web, redes sociales, blogs con contenidos de educación sanitaria de calidad contrastada

24.Existen programas estructurados y proactivos no presenciales para el control y seguimiento de los pacientes. Crónicos
25.Los equipos asistenciales de todos los turnos funcionan y están bien organizados
26.Algunos incentivos de los profesionales dependen del buen manejo del paciente crónico
27.Se realiza y se proporciona educación terapéutica según necesidades y preferencias del paciente: consulta individual, consulta grupal, telefónica, on-line, talleres, materiales didácticos
28.Se ayuda a los pacientes a desarrollar competencias como la resolución de problemas, toma de decisiones, uso adecuado de recursos sanitarios y sociales
29.Se promueve la participación de pacientes y cuidadores en asociaciones, grupos de ayuda mutua, redes sociales y foros de pacientes
30.El paciente dispone de información escrita útil y comprensible de su plan terapéutico personalizado.
31.El paciente dispone de acceso electrónico seguro al canal salud que contiene su carpeta personal de salud y opciones de comunicación con sus profesionales.
32.Se utilizan herramientas para el autocuidado (teléfono, control telemático, cartilla del paciente, pastilleros...)
33.El paciente participa en la definición de problemas, plan de acción, objetivos y en la evaluación de su progreso
34.Se utilizan guías de práctica clínica y protocolos compartidos entre ámbitos asistenciales que incorporan las situaciones de comorbilidad más frecuentes
35.Se realizan cursos de formación continuada en torno al abordaje de la cronicidad

Para finalizar la sesión, realizaron el plan de transferencia (ANEXO 18) donde explicaron los aprendizajes aprendidos y cuáles de ellos pensaban podían implementar en su lugar de trabajo.

Dinámica de la sesión 2

✓ Actividad individual previa a la realización de la segunda sesión

Se solicitó a los participantes que antes de acudir a la segunda sesión formativa, rellenaran el **cuestionario Decision Making Questionnaire II (DMQ-II)** diseñado en 1982 por el profesor Leon Mann, de la Universidad de Flinders (Australia) y traducido al castellano por Barbero, Vila, Maciá, Pérez-Llantada y Navas (1993) (ANEXO 9). Diversos autores han adaptado el DMQ-II a diferentes ámbitos. Gimeno, Buceta, Lahoz y Sanz (1998) lo adaptaron a la población española de árbitros deportivos, con el propósito de contar con un instrumento auxiliar que facilitara el estudio de las diferencias individuales en la toma de decisiones y Bernal y Arocena (2014) lo adaptaron en el ámbito de la docencia para determinar qué patrones de toma de decisiones tenían los adolescentes.

Partiendo de estas adaptaciones y con el fin de evaluar con una mayor exactitud el estilo de toma de decisiones en el contexto de atención al paciente crónico con necesidades complejas y previa autorización del autor (ANEXO 19), se modificaron la

redacción de algunos ítems para adaptar el cuestionario a las situaciones específicas que un profesional de enfermería tiene que afrontar en su práctica profesional y se incluyó un rango de respuesta más amplio (concretamente la opción *frecuentemente*) con la intención de que los participantes de la formación pudieran delimitar de forma más precisa la adecuación de cada enunciado a sus características. De esta forma el rango que establece el instrumento es de 1 a 5 siguiendo la siguiente equivalencia: 0=nunca/casi nunca, 1= a veces, 2= frecuentemente y 3=casi siempre/siempre.

Este cuestionario permite identificar 3 factores relacionados con la toma de decisiones:

- ✓ **Factor 1: Estrés en la toma de decisiones** medido con puntuaciones de 18 a 36 puntos. Una puntuación de más de 36 indica un estilo de toma de decisiones en el que se manejan estrategias deficientes de afrontamiento al estrés que genera la decisión a tomar. Es decir, se prefiere que elija otra persona, la decisión es impulsiva y sin reflexionar, se echa la culpa a los demás ante una decisión inadecuada y se tiende a demorar de forma excesiva la toma de decisión. Una puntuación de menos de 18 puntos indica que la persona es capaz de utilizar estrategias adaptativas de afrontamiento al estrés y en el que no suelen estar presentes desajustes comportamentales de manera frecuente.
- ✓ **Factor 2: Decisión rápida con incertidumbre** medido con puntuaciones de 6 a 12 puntos. Una puntuación de más de 12 indica un estilo de toma de decisiones en el que no se considera toda la información disponible en relación con situaciones que se presentan súbitamente y ante las que hay que dar una respuesta inmediata. Una puntuación de menos de 6 indica un estilo de toma de decisiones en el que frecuentemente se considera toda la información disponible aun cuando la respuesta debe darse de manera inmediata.
- ✓ **Factor 3: Determinación y compromiso en la toma de decisiones** medido con puntuaciones de 5 a 10. Una puntuación de más de 10 indica un estilo de toma de decisiones que se caracteriza por la poca claridad de criterios y objetivos y por la utilización de estrategias de escape-evitación en la toma de decisiones. Una puntuación menor a 5 indica un estilo de toma de decisiones en el que antes de decidir se suelen clarificar los objetivos y criterios y en el que no se suelen utilizar estrategias de escape-evitación.

✓ Actividades de la segunda sesión de la acción formativa

La sesión tuvo una duración de 3 horas. Se dedicaron los 45 minutos iniciales a trabajar en profundidad y desde el punto de vista de la experiencia de las enfermeras asistentes al curso el concepto toma de decisiones, factores que influyen en ella, cuando aparece el conflicto, qué hay que tener en cuenta antes de tomar una decisión, cómo se lleva a cabo el proceso de decidir y por último se explicaron los diferentes instrumentos que la evidencia científica determina como válidos para ayudarnos en la toma de decisiones. Se explicó cómo llevar a cabo un proceso de toma de decisiones y se facilitaron las premisas básicas de los modelos de toma de decisiones que debían tener en cuenta para dar solución a la actividad propuesta para la próxima sesión. Para ello, se utilizó una presentación powerpoint (Anexo 20).

A continuación, se dedicaron 30 minutos a explicar el proceso de abstracción que el equipo de investigación llevó a cabo para determinar las decisiones más prevalentes que se habían generado después del análisis de su ejercicio individual. Posteriormente, se utilizó el método Delphi a tiempo real mediante la herramienta **Health Consensus** para consensuar si las decisiones propuestas eran las que más tomaban en su práctica asistencial ante el cuidado de pacientes con necesidades complejas. El rango de respuesta fue del 1 al 4, considerándose 1= nada, 2= poco, 3=bastante y 4=mucho. Los 25 ítems que se sometieron a consenso fueron los que se indican en la siguiente tabla 29.

Tabla 29. Decisiones más prevalentes en enfermería en el contexto de atención a los pacientes crónicos con necesidades complejas sometidas a consenso mediante el Health Consensus.

1. Restricción física urgente en pacientes con cuadros de agitación psicomotriz.
2. Identificar la necesidad de limitación terapéutica y explicar al médico y a la familia
3. Valorar la ingesta oral de líquidos en pacientes con riesgo de broncoaspiración y sin valoración de logopeda
4. Detectar signos y síntomas de alarma para solicitar una valoración médica
5. Reinstaurar vía endovenosa para continuidad de tratamiento en pacientes con venas de difícil acceso
6. Revisar y valorar tratamientos farmacológicos
7. Decidir o cuestionar el alta del paciente
8. Decidir el momento para informar a la familia/paciente sobre temas relacionados con el proceso de cuidados
9. Decidir el grado de intensidad de curas (tipo de cura, cada cuánto...) en pacientes en trayectoria final de vida con cualquier tipo de lesión
10. Decidir en qué momento se inicia la educación terapéutica a un paciente y/o familia
11. Decidir los recursos necesarios que se deben activar para garantizar una continuidad de los cuidados después del alta o estando en el domicilio
12. Activar el dispositivo adecuado ante una complicación (CUAP, CAP, visita programada, UFISS...)

13. Decidir si administrar fármacos en situación de urgencia vital o en situación de últimos días con sufrimiento sin tener el consentimiento del médico
14. Decidir si administrar la medicación habitual que el paciente no tiene pautada
15. Decidir si administrar oxigenoterapia a un paciente que no tiene pauta médica
16. Explicar los recursos sociales al paciente/familiar sin derivación a la Trabajadora Social
17. Identificar la necesidad de colaboración de otro profesional por situaciones de riesgo
18. Modificar nuestra opción “elegida” por no ser congruente con los valores y preferencias del paciente
19. Organizar la jornada laboral y liderar los cuidados para poder ofrecer calidad asistencial
20. Revisar los objetivos de enfermería en función de la dinámica del proceso de enfermedad de este tipo de pacientes sobretodo en trayectoria final de vida.
21. Identificar según las necesidades del paciente si debe estar encamado, sedestar o deambular.
22. Hablar con la familia sobre la posibilidad de limitación del esfuerzo terapéutico antes de comentarle al médico
23. Iniciar una planificación anticipada de las decisiones con la familia y/o paciente
24. Disminuir el número de cambios posturales para premiar el confort del paciente
25. Pasar escalas de medición que permitan conocer el estado real del paciente y a su vez, ayuden al equipo a tomar decisiones acordes con sus necesidades (Barthel, Pfeiffer, NECPAL, Índice de fragilidad...

Fuente: elaboración propia.

Finalmente, en esta segunda sesión, también se dedicaron 30 minutos a reflexionar sobre las puntuaciones que habían obtenido al realizar el cuestionario **Decision Making Questionnaire II (DMQ-II)** y que determinaban su estilo en la toma de decisiones. Se preparó una presentación powerpoint (Anexo 21) mediante la que se explicaron las puntuaciones que se podían obtener y su relación con cada estilo. Después de la explicación, cada estudiante realizó la autocorrección del cuestionario para determinar la tendencia de su estilo en la toma de decisiones y posteriormente se realizó una reflexión grupal y un análisis de los diferentes estilos que aparecieron tal y como se podrá observar en el apartado de los resultados.

Para finalizar la sesión, realizaron el plan de transferencia (ANEXO 18) donde explicaron los aprendizajes aprendidos y cuáles de ellos pensaban podían implementar en su lugar de trabajo.

Dinámica de la sesión 3

✓ Actividad individual previa a la realización de la tercera sesión

Atendiendo al debate tan relevante que se derivó de la primera y segunda sesión formativa, se pidió a los participantes que antes de acudir a la tercera sesión rellenaran una cuadrícula (Anexo 22) y anotaran las **tres propuestas de mejora** que llevarían a cabo para mejorar en contexto que trabajaban la eficacia de la toma de decisiones.

✓ **Actividades de la tercera sesión de la acción formativa**

La sesión grupal tuvo una duración de 3 horas.

Se dedicaron 45 minutos a explicar el proceso de abstracción que el equipo de investigación llevó a cabo para determinar las propuestas de mejora que se habían generado después del análisis de su ejercicio individual. Posteriormente, se utilizó el método Delphi a tiempo real mediante la herramienta Health Consensus para consensuar de forma grupal si las propuestas de mejora resultantes del análisis de su ejercicio individual mejoraban la eficacia de la toma de decisiones en su lugar de trabajo y en consecuencia mejorar la calidad de la atención ante este tipo de pacientes. El rango de respuesta fue del 0 al 3, considerándose 0= nada, 1= poco, 2=bastante y 3=mucho.

Los 20 ítems que se sometieron a consenso grupal fueron los que se indican a continuación en la siguiente tabla:

Tabla 30. Propuestas de mejora en el contexto atención a pacientes crónicos con necesidades complejas sometidas a consenso mediante el *Health Consensus*.

1	Implementación del plan terapéutico de forma periódica teniendo en cuenta la valoración de los profesionales implicados en el cuidado del paciente
2	Revisión del plan terapéutico y actualización de la Historia Clínica compartida semanalmente
3	Implicación de la familia en el plan terapéutico y proceso de cuidados del paciente, revisando con ellos objetivos de intervención y evaluación
4	Creación de un área de urgencias específica con un equipo experto en el cuidado de paciente crónico con necesidades complejas
5	Diseño de protocolos y guías de práctica clínica para dar respuesta a los pacientes crónicos con necesidades complejas
6	Creación de un servicio de atención domiciliaria urgente sobre todo para las noches y fin de semana
7	Implementación de un "centro de atención telefónica" liderado por enfermeras/os expertas/os en el cuidado de estos pacientes en los servicios de más prevalencia de ingresos de este tipo de pacientes
8	Conocer los servicios internos de que dispone la institución (gestora de casos, enfermera experta en LPP, en ostomías...) y también los equipos de soporte y los circuitos de conexión (PADES, UFISS, Hospitalización Domiciliaria...)
9	Profundizar en la información que enfermería dispone sobre el contexto social del paciente con necesidades complejas en trayectoria de final de vida
10	Sesiones formativas periódicas para desarrollar competencias relacionadas con la toma de decisiones, trabajo de equipo, comunicación interprofesional...
11	Reuniones conjuntas con equipos de enfermería de los diferentes niveles asistenciales
12	Diseño de planes de cuidados individualizados
13	Mejorar y optimizar el parte de enfermería
14	Utilizar escalas de medición como el NECPAL o el índice de Fragilidad para conocer los objetivos terapéuticos del paciente y facilitar tomar las decisiones más adecuadas.
15	Implementación de la educación terapéutica como herramienta básica del proceso de cuidados de estos pacientes
16	Actualización de todas las escalas de valoración geriátrica ante los cambios de salud del paciente
17	Realizar el índice de Barthel al ingreso, revisarlo semanalmente y actualizarlo al alta

18	Realizar informes de alta de enfermería que recojan los problemas enfermeros detectados, su evolución y su situación en el momento del alta.
19	Implementación de sesiones periódicas mensuales entre enfermería de ATDOM, EAIA y PADES
20	Reunión semanal con gestión de casos de primaria y gestión de casos del hospital

Para finalizar, y siguiendo la dinámica de las otras sesiones, dedicaron 15 minutos a rellenar el plan de transferencia (ANEXO 18) donde explicaron los aprendizajes aprendidos y cuáles de ellos pensaban podía implementar en su lugar de trabajo para conseguir mejoras en la toma de decisiones ante el cuidado de estos pacientes. Dado que algunas de las mejoras que pretendían implementar los participantes eran semejantes y la mayoría de ellas requerían de la aceptación e implicación de varios profesionales, se les animó a que trabajasen en grupo y se potenció que la constitución del grupo fuera heterogénea con profesionales de diferentes ámbitos asistenciales para enriquecer las propuestas y sobre todo garantizar la continuidad de estas.

FASE 3

EVALUACIÓN APRENDIZAJE Y TRANSFERENCIA.

Diseño

Esta fase 3 junto con la fase 2, se plantean bajo el **diseño incrustado concurrente de varios niveles**, tal y como se ha comentado anteriormente, dado que se obtienen datos, en esta fase cualitativos (CUAL) en diferentes grupos de análisis y en diferentes niveles, pero todos ellos y de forma anidada, nos permiten aproximarnos a la complejidad del objeto de estudio.

Acciones, población de estudio, y técnica de recogida de datos.

Esta fase se llevó a cabo a los tres meses de realizar las tres primeras sesiones con el objetivo de llevar a cabo una evaluación del aprendizaje de los participantes y una evaluación de la transferencia en la que los participantes explicaron y mostraron evidencias de su plan de aplicación de las propuestas de mejora en su lugar de trabajo.

Como se explicó en el capítulo 3, es muy importante orientar la formación para posteriormente, transferir lo aprendido en el lugar de trabajo. Como afirman diversos

autores (Pineda-Herrero, Ciraso-Calí, et al., 2014; Quesada-Pallarés et al., 2014; Velada et al., 2007) los esfuerzos de diseñar una formación también deben asegurar la transferencia, por lo que las instituciones deberían diseñar sus acciones formativas incluyendo el diseño de aquellas prácticas que incrementan las posibilidades para que dicha transferencia se produzca. Cabe decir que para elaborar el diseño de la transferencia por un lado, la formación tiene que ser diseñada para favorecer a los profesionales participantes que aprendan conocimientos, habilidades y actitudes y que sean capaces de utilizarlos eficazmente en su contexto laboral y por otro lado, que la formación encaje con las necesidades del puesto de trabajo (Granado et al., 2012).

Los participantes fueron exactamente los mismos que 3 meses antes, participaron en las 3 sesiones anteriores¹¹.

Dinámica de la sesión 4 de la acción formativa

✓ Trabajo individual previo a la realización de la cuarta sesión

Previo a la cuarta sesión, los participantes del curso formativo y sus responsables tuvieron que rellenar dos instrumentos específicos que se elaboraron para evaluar la transferencia como resultado de la formación (evaluación directa):

1. **Tabla de contenido.** Esta tabla se envió a los participantes del curso 15 días antes de la última sesión para que la rellenarán teniendo en cuenta lo que se les pedía (Anexo 23):

- ✓ Descripción de la propuesta implementada
- ✓ Plan de aplicación
- ✓ Instrumentos de evidencia que utilizaron para implementar la propuesta
- ✓ Resultados que se han derivado de la propuesta implementada
- ✓ Valoración general en relación con la propuesta (limitaciones y grado de satisfacción)
- ✓ Grado de soporte y acuerdo de vuestros responsables

Todas las preguntas tenían como opción de respuesta un campo abierto para escribir texto libre.

¹¹Se recuerda que de las cuatro sesiones formativas que se impartieron en el curso, las tres primeras corresponden a la Fase 2 de esta investigación y la cuarta sesión a la Fase 3 correspondiente a la evaluación de los aprendizajes y de la transferencia.

2. **Informe sobre la transferencia** dirigido a los gestores asistenciales de los participantes en la formación del curso (Anexo 12). Este informe lo rellenaron los responsables de la unidad y/o servicio en el que trabajaban las/os enfermeras/os que habían realizado el curso formativo y estaba formado por 4 apartados:

1. Aplicación de los aprendizajes aprendidos en el curso formativo
2. Descripción de las propuestas implementadas en el servicio por sus enfermeras/os que realizaron el curso formativo
3. Condicionantes personales
4. Condicionantes organizativos

De las 8 preguntas que contenía el informe, 6 tenían como opción de respuesta SI/NO y el resto la escala Likert; 0: Nada, 1: poco, 2: bastante, 3: mucho.

✓ **Actividades de la cuarta sesión de la acción formativa**

La sesión tuvo una duración de 3 horas y se llevó a cabo el 4 de mayo de 2018, 3 meses aproximadamente después de las anteriores sesiones formativas.

Se dedicaron los 30 minutos iniciales a retomar y resumir el contenido de las últimas tres sesiones y seguidamente explicar la dinámica de la última sesión. Los siguientes 60 minutos se emplearon a analizar en grupo el plan de contenido que cada estudiante había trabajado de forma individual. Los próximos 75 minutos cada participante o grupos de participantes expusieron sus evidencias en relación con las propuestas implementadas en su unidad. Seguido a ello, dedicaron 15 minutos a rellenar el informe de transferencia (Anexo 24) mediante el cual llevaron a cabo una valoración general de la propuesta implementada (si se llevó a cabo, si se cumplieron los objetivos planteados en el lugar de trabajo y puntos que favorecieron o dificultaron la implementación de la propuesta).

Para finalizar, se dedicaron 20 minutos a rellenar dos cuestionarios de evaluación:

- ✓ Cuestionario para la evaluación de la calidad de las acciones formativas en el marco del sistema de formación para el empleo (Anexo 10)
- ✓ Encuesta de satisfacción del Plan Institucional de Formación de la Corporación Sanitaria Parc Taulí (Anexo 10)

Del mismo modo, se llevó a cabo la despedida y cierre del curso, con el correspondiente agradecimiento a todos los participantes por su implicación y compromiso.

Análisis de los datos


Como ya se comentó al inicio del capítulo todo el análisis de la información de la fase cualitativa de esta investigación se ha llevado a cabo bajo el paradigma socioconstructivista y siguiendo las fases propuestas por (Arbeláez y Onrubiai, 2016) explicadas anteriormente.

Los datos obtenidos de los planes de transferencia, la tabla de contenido y del informe sobre la transferencia se han analizado mediante un análisis de contenido temático que se inició con la codificación de los datos, y mediante un progresivo proceso de abstracción, los códigos se agruparon en subcategorías y categorías. A partir de las categorías se clasificaron los aprendizajes que los participantes pensaron podían ser transferibles al lugar de trabajo, las propuestas implementadas, sus evidencias al respecto y la opinión de sus responsables. Todo este proceso de análisis ha sido llevado a cabo por el equipo investigador formado por cuatro enfermeras asistenciales expertas en el cuidado de pacientes crónicos con necesidades complejas.

El cuestionario para la evaluación de la calidad de las acciones formativas en el marco del sistema de formación para el empleo y la encuesta de satisfacción del Plan Institucional de Formación de la Corporación Sanitaria Parc Taulí han sido analizados mediante cálculos estadísticos descriptivos (media y DE) de cada uno de sus ítems y mediante el SPSS for Windows 24 (IBM Corporation, 2016).

A modo de resumen, se presenta la tabla 31 que permite tener una visión global de los elementos metodológicos constitutivos de esta investigación y que anteriormente se han desarrollado con todo detalle. Como se puede observar, se relaciona cada fase de la investigación con su objetivo, identificando el diseño y el modelo mixto en que se basa cada fase, así como la mención de las diferentes técnicas de recogida de datos utilizadas. A su vez, se muestra en qué fase predominan los métodos cualitativos (CUAL) y los cuantitativos (CUAN) en función de la técnica de recogida de datos y su análisis posterior.

Tabla 31. Elementos metodológicos de la investigación

FASE	OBJETIVOS GENERALES	DISEÑO/MODELO	TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS Dimensión de la recogida de datos: INTERMÉTODO	PRIORIDAD DEL MÉTODO
1	Definir y consensuar los resultados de aprendizaje de las competencias asociadas a la práctica enfermera y toma de decisiones en pacientes crónicos con necesidades complejas	CUALITATIVO EXPLORATORIO (PARADIGMA SOCIOCONSTRUCTIVISTA) MODELO PARA DESARROLLAR INSTRUMENTOS	* Análisis discursivo de definiciones escritas por enfermeras sobre el concepto de paciente crónico con necesidades complejas * Grupo Nominal con expertos enfermeros asistenciales, docentes y de la gestión.	CUAL
2	Desarrollar las competencias asociadas a la toma de decisiones basada en la práctica reflexiva y el pensamiento crítico en enfermeras que cuidan a pacientes con necesidades complejas.	MIXTO MODELO EXPLICATIVO  Los resultados (CUAN) son discutidos (CUAL) para potenciar el consenso	Sesión 1 acción formativa * Cuestionario para definir el modelo de gestión en cronicidad de las instituciones sanitarias participantes en el estudio, * Delphi a tiempo real para conseguir el consenso sobre la opinión del grado de implementación del modelo de gestión final.	CUAN
			Sesión 2 acción formativa * Ejercicios individuales (Cual) sobre las decisiones más prevalentes en estos pacientes, Delphi a tiempo real (CUAN) * Cuestionario "Conoce tu estilo en la toma de decisiones" adaptado de Barbero, et al (1993).(CUAN)	CUAL-CUAN
			Sesión 3 acción formativa * Ejercicios individuales (Cual) * Delphi a tiempo real (CUAN) para consensuar las propuestas de mejora en relación con la toma de decisiones enfermeras.	CUAL-CAN
3	Evaluar la eficacia de la formación que han realizado los profesionales de enfermería	MIXTO MODELO DE TRIANGULACIÓ	Sesión 4 acción formativa * Plan de transferencia a través del cual los participantes identificaron los aprendizajes obtenidos mediante la formación. * Tabla de contenido mediante la cual se han descrito las propuestas de mejora implementadas, el plan de aplicación, los instrumentos de evidencia, los resultados, su valoración general con relación a limitaciones y grado de satisfacción y el grado de soporte de sus responsables. * Informe sobre la transferencia dirigido a los gestores de enfermería responsables de los participantes que han realizado el curso formativo con el objetivo de medir su opinión en relación con el aprendizaje y a la transferencia de lo aprendido. * Cuestionario para la evaluación de la calidad de la acción formativa * Cuestionario de satisfacción del Plan Institucional de formación	CUAL CUAL CUAL-CUAN
DE FORMA PARALELA A LOS MODELOS DE LA FASE 1 Y 2, SE UTILIZA TAMBIÉN EN TODAS LAS FASES, EL MODELO DE TRIANGULACIÓN DE MÉTODO, DE DATOS Y DE TÉCNICAS: •MÉTODO (FASE 2 y FASE 3): Se combina metodología cuantitativa y cualitativa •DATOS (FASE 1, FASE 2: Se miden los mismos constructos de forma individual y grupal y en tiempos distintos) •TÉCNICAS (FASE 1, FASE 2 y FASE 3): Se utilizan diferentes instrumentos para la obtención de datos EL DISEÑO MIXTO AL QUE RESPONDE LA INVESTIGACIÓN ES EL DISEÑO INCRUSTADO				

4.6 CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

La recogida de datos de esta investigación se lleva a cabo en 3 contextos diferentes:

1. Escola Universitaria de Enfermeria Gimbernat: Se llevó a cabo la recogida de datos de la Fase 1 de la Investigación mediante un grupo nominal con 10 participantes en Julio de 2017.
2. Consorcio Corporación Sanitaria Parc Taulí de Sabadell (CSPT): Se llevó a cabo la recogida de datos de la Fase 2 y 3 de la investigación mediante un curso formativo que se realizó en el marco institucional de formación desde febrero a mayo de 2018. El curso se realizó en el aula 1 del Edificio Santa Fe del Parc Taulí.

El CSPT es un Consorcio público de la Generalitat de Catalunya que gestiona de manera directa el Hospital de Sabadell (ámbito de hospitalización de agudos), Salud Mental Parc Taulí, Atención Primaria Parc Taulí, Atención a la dependencia, UDIAT Centro Diagnóstico y Sabadell Gent Gran Centro de Servicios. Dispone de un total de más de 750 camas de las cuales, 502 son camas de agudos, 46 de Salud Mental y 195 sociosanitarias. El Parc Taulí es el centro de referencia de casi 400.000 habitantes empadronados en 9 municipios del Vallès Occidental como se muestra en la siguiente tabla. Además, hay que añadir 2 municipios más que tienen como hospital de referencia el Hospital de Mollet, excepto para la patología compleja, especialidades de pediatría, salud mental y atención sociosanitaria por los cuales el Parc Taulí se mantiene como hospital de referencia.

El Centro Sociosanitario Albada y Atención a la Dependencia Parc Taulí tienen, también, los municipios de Sant Quirze del Vallès, Palau-solita i Plegamans, Santa Perpetua de Mogoda y Montcada i Reixach en su área de referencia incrementando a más de 430.000 habitantes de referencia (Tabla 32).

Tabla 32. Área de referencia y datos estructurales del Consorci Sanitari Parc Tauli

Municipios	
Barbera del Valles Badia del Vallés Castellar del Vallés Cerdanyola del Vallés Polinyà	Ripollet Sabadell Sant Llorenç Savall Sentmenat
Área de Referencia: 392.388 habitantes	
Municipios con referencia del Tauli para patologías complejas	
Palau Solità i Plegamans	Santa Perpètua de la Mogoda
Área de Referencia: 432.226 habitantes	
Municipios que tienen como Sociosanitario de referencia La Albada y la Atención a la Dependencia	
Sant Quirze del Vallés Santa Perpètua de la Mogoda	Palau Solità i Plegamans Montacada i Reixac
Área de Referencia: 483.611 habitantes	

543	Camas de agudos	20	Camas de unidad de soporte a urgencias
210	Camas de sociosanitario	23	Box de área médica de nivel 1 (atención paciente poco grave)
10	Quirófanos centrales	34	Box de área médica de nivel 2 (atención paciente crítico)
4	Quirófanos de cirugía ambulatoria	14	Box de área quirúrgica de nivel 1
8	Sala de partos y quirófanos de ginecología y Obstetricia	11	Box de área quirúrgica de nivel 2
155	Plazas de hospital de día		

Fuente: Servei Català de la Salut. Registro Central de las personas Aseguradas (RCA), 2019

3. Hospital del Vendrell de la Xarxa Sanitaria y Social de Santa Tecla de Tarragona

Se consideró oportuno ampliar la muestra de estudio en esta institución para evaluar la herramienta Health Consensus como herramienta pedagógica útil para potenciar la reflexión grupal y generar consensos. Se replicó la primera sesión utilizada en el Hospital Parc Taulí, anteriormente descrita, para llevar a cabo la sesión formativa “Abordaje de enfermería ante el cuidado de pacientes crónicos con necesidades complejas en trayectoria de final de vida” (ANEXO...). El curso fue aprobado por el gestor asistencial de Enfermería del Hospital El Vendrell y se llevó a cabo durante el mes de marzo de 2019 (Anexo 25).

El Hospital del Vendrell es un hospital comarcal que desde hace 15 años se inauguró como equipamiento de la Red de Santa Tecla de Tarragona y da cobertura sanitaria especializada a toda la población del Baix Penedès (Tabla 33).

Tabla 33. Área de referencia y datos estructurales del Hospital del Vendrell

Municipios		
Albiranya	L'Arboç	Cunit
Bamueres del Penedés	Bellvei	Masllorenc
La Bisbal del Penedés	Bonastre	Sant Jaume dels Domenys
Calafell	Llorenç del Penedés	El Vendrell
El Montmell	Santa Oliva	
Área de Referencia: 104.991 habitantes		

90	Camas de internación convencional	2	Salas de cirugía menor
9	Camas de cirugía mayor ambulatoria	17	Box de urgencias
3	Quirófanos de cirugía mayor	7	Box de Atención Continuada
1	Quirófano de partos	1	Box de reanimación
1	Sala de partos	18	Camas de hospital de día
90	Camas de internación convencional	2	Salas de cirugía menor
9	Camas de cirugía mayor ambulatoria	17	Box de urgencias
3	Quirófanos de cirugía mayor	7	Box de Atención Continuada
1	Quirófano de partos	1	Box de reanimación
1	Sala de partos	18	Camas de hospital de día

Fuente: Instituto de Estadística de Cataluña (Idescat, 2019)

4.7 VARIABLES DE ESTUDIO

✓ Variables referidas al instrumento IEMACH/ARCHO

1. Modelo Asistencial

- Definición: Percepción que tiene el colectivo de enfermería de si el modelo de atención a los pacientes crónicos de su institución es un modelo que avanza hacia la atención proactiva, contemplando a la persona con enfermedades crónicas en su globalidad, con un enfoque integrado, por parte de los distintos dispositivos y profesionales de los ámbitos social y sanitario que desempeñan sus funciones de forma planificada, estructurada y coordinada. Esta variable viene definida por las siguientes intervenciones:
 - ✓ Atención centrada en el paciente
 - ✓ Competencias profesionales
 - ✓ Trabajo en equipo multidisciplinar
 - ✓ Integración y continuidad asistencial
 - ✓ Seguimiento activo del paciente
 - ✓ Innovación en las interacciones entre pacientes y profesionales
 - ✓ Gestión clínica de la cronicidad y sistemas de incentivos
- Tipo de variable: Cuantitativa continua

2. Apoyo al autocuidado del paciente

- Definición: Percepción que tenía el colectivo de enfermería sobre el grado de implicación que el paciente crónico tenía en la gestión y cuidados de su enfermedad. En esta variable autoevaluaban la existencia y el uso de estrategias de apoyo y capacitación que la institución tenía para facilitar que el paciente adquiriera motivación, conocimientos y habilidades para afrontar su proceso crónico. Esta variable viene definida por las siguientes intervenciones:
 - ✓ Educación terapéutica estructurada
 - ✓ Activación psicosocial del paciente y apoyo mutuo
 - ✓ Herramientas para facilitar el autocuidado
 - ✓ Toma de decisiones compartida

- Tipo de variable: Cuantitativa continua

3. Apoyo a la toma de decisiones compartidas

- Definición: Percepción que tenía el colectivo de enfermería sobre el grado de compromiso de la institución para mejorar los resultados en salud mediante herramientas de ayuda a la toma de decisiones, la formación de los profesionales y el intercambio de conocimiento. Esta variable viene definida por las siguientes intervenciones:

- ✓ Protocolos y guías compartidas
- ✓ Formación continuada

- Tipo de variable: Cuantitativa continua

- ✓ Variables relacionadas con el instrumento Health Consensus para las decisiones más prevalentes en el paciente crónico con necesidades complejas

- Definición: Estas variables hacen referencia a las decisiones más prevalentes que enfermería toma en su día a día ante la atención a estos pacientes y al estilo de toma de decisiones de cada persona.

- Tipos de variables: Cuantitativas continuas

- ✓ Variables relacionadas con el instrumento Health Consensus para las propuestas de mejora en la toma de decisiones en el paciente crónico con necesidades complejas

- Definición: Estas variables hacen referencia a las propuestas que las enfermeras propusieron para mejorar la toma de decisiones en estos pacientes.

- Tipos de variables: Cuantitativas continuas

- ✓ Variables relacionadas con el instrumento Decision Making Questionnaire II (DMQ-II)

Se trata de un cuestionario de 31 elementos que definen tres patrones distintos de conducta:

1. Estrés en la toma de decisiones que deriva en un estilo en el que se manejan estrategias deficientes de afrontamiento al estrés que genera la decisión a tomar y por tanto la persona que decide prefiere que elija otra persona, echa la culpa a los demás ante una decisión inadecuada, decide de forma impulsiva y sin reflexionar y demora de forma excesiva la toma de la decisión.
2. Decisión rápida con incertidumbre que deriva en un estilo de toma de decisiones en el que no se considera toda la información disponible en relación con la decisión a tomar y la persona decide de forma inmediata sin considerar muchos aspectos indispensables para aproximar la decisión a las necesidades y valores de la persona sobre quien recaerá la decisión.
3. Determinación y compromiso en la toma de decisiones que deriva en un estilo que se caracteriza por la poca claridad de criterios y objetivos y por la utilización de estrategias de escape-evitación en la toma de decisiones.

Después de que cada participante realizara el cuestionario DMQ-II de forma individual, se llevó a cabo la segunda sesión formativa que se explica a continuación.

- Tipos de variables: Cuantitativas continuas
 - ✓ Variables relacionadas con el cuestionario de satisfacción
- Definición: Estas variables hacen referencia a la opinión de los participantes en relación con el nivel del curso, conocimientos adquiridos, organización, expectativas, metodología de impartición, formación de los docentes, exposición de los docentes, participación de los alumnos y puntuación global de la acción formativa.
- Tipos de variables: Cuantitativas continuas
 - ✓ Variables relacionadas con el cuestionario para la evaluación de la calidad de la acción formativa
- Definición: Estas variables hacen referencia a la organización del curso, contenidos, duración, horario, metodología docente, formación del docente, documentación entregada, instalaciones, acreditación del curso, conocimientos adquiridos, desarrollo profesional y grado de satisfacción.

- Tipos de variables: Cuantitativas continuas

✓ Variables relacionadas con el informe de transferencia

- Definición: Estas variables hacen referencia a la opinión de los responsables de los participantes en la acción formativa en relación con las propuestas implementadas, la aplicación de los aprendizajes, los condicionantes organizativos y personales que condicionan la implementación de las propuestas de mejora en el lugar de trabajo.
- Tipos de variables: Cualitativa nominal dicotómica y cualitativa ordinal

✓ Variables sociodemográficas de las enfermeras

1. Edad

- Definición: años que tenía el profesional de enfermería en el momento de realizar la autoevaluación y en el momento de responder las preguntas que se sometieron a consenso durante la acción formativa.
- Tipo de variable: Independiente y Cuantitativa discreta
- Valores de la variable: 21-70 considerándose los intervalos 21-30, 31-40, 41-50, 51-60, 61-70 y más de 70.

2. Género

- Definición: Género de las enfermeras en el momento de su participación.
- Tipo de variable: Cualitativa nominal dicotómica
- Valores de la variable: Hombre/Mujer

3. Experiencia profesional

- Definición: Años de experiencia profesional en atención a pacientes crónicos independientemente de la unidad o el servicio.
- Tipo de variable: Cuantitativa continua
- Valores: Intervalos de 5-10 años, 11-15, 16-20 y más de 21 años.

4. Servicio

- Definición: Unidad en la que estaban trabajando, teniendo en cuenta el último año.
- Tipo de variable: Cualitativa nominal
- Valores de la variable:
 - Atención Primaria
 - Medicina Interna
 - Hospitalización domiciliaria
 - Urgencias
 - UCI
 - Unidades de paciente crónico complejo
 - Unidad Geriátrica de Agudos (UGA)
 - Psicogeriatría
 - Hospitalización
 - Convalecencia
 - Unidad Funcional Interdisciplinaria sociosanitaria (UFISS)
 - Equipo de Atención Integral Interdisciplinaria (EAIA)

5. Turno de trabajo

- Definición: Horario en el que el profesional realizaba su jornada laboral teniendo en cuenta el último año.
- Tipo de variable: Cualitativa nominal
- Valores de la variable:
 - Mañana
 - Tarde
 - Noche

A modo de resumen,

Se inicia este capítulo explicando el enfoque metodológico de esta investigación basado en un enfoque mixto ya que trata de acercarse al objeto de estudio, que es la toma de decisiones en el contexto de atención al paciente crónico con necesidades complejas, combinando planteamientos metodológicos y técnicas de recogida de información cualitativa y cuantitativa. Seguidamente, de todos los modelos mixtos relacionados con las ciencias de la salud nos centramos en el diseño incrustado concurrente de varios niveles (DIACNIV) como diseño que permite obtener datos cualitativos (CUAL) y cuantitativos (CUANT) en diferentes grupos de análisis y en diferentes niveles de forma anidada.

A continuación, se proponen las tres preguntas de investigación que van acordes con las tres fases y con los objetivos planteados en el trabajo. Dicha concordancia metodológica viene determinada por la necesidad de definir los resultados de aprendizaje de las competencias enfermeras asociadas a la toma de decisiones en el contexto de atención al paciente crónico con necesidades complejas (pregunta 1, fase 1, objetivo 1), por la importancia de desarrollar estos resultados de aprendizaje mediante la formación continua en profesionales en activo (pregunta 2, fase 2, objetivo 2) y por la necesidad de evaluar la transferencia de los aprendizajes obtenidos mediante la formación en el lugar de trabajo de los asistentes que realizaron la acción formativa (pregunta 3, fase 3, objetivo 3) .

Seguidamente, se explica de forma detallada cada una de las 3 fases de esta investigación en las que se explica el diseño, la población de estudio, las intervenciones llevadas a cabo, los instrumentos de recogida de datos y su análisis.

5. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio ha contado con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación (CEIC) del Corsors Sanitari Parc Taulí (Anexo 26) y de la dirección de enfermería del Hospital El Vendrell (Anexo 25) dejando constancia de que se cumplían los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio. La capacidad de la investigadora y los medios disponibles resultaban apropiados para llevar a cabo el estudio, manteniendo la intimidad de los participantes y la confidencialidad de la información recibida. Estaban justificados los riesgos y molestias previsibles para los participantes. Los aspectos económicos involucrados en el proyecto no interferían con respecto a los postulados éticos. El estudio se fundamentaba en los principios bioéticos generales según la legislación vigente sobre investigación sanitaria a partir de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y que tiene en cuenta diversos aspectos, como que:

- ✓ No existen riesgos potenciales para los participantes en el estudio.
- ✓ Se informó sobre los objetivos, duración, lo que implicaba participar en cada fase del estudio y los beneficios y riesgos derivados de su participación (Anexo 27)
- ✓ Los participantes dieron su consentimiento libre e informado para participar en la recogida de datos, y se aportó el consentimiento informado por escrito y los datos y el correo electrónico del investigador principal para resolver las cuestiones necesarias, ofreciéndoles la oportunidad de abandonar el estudio en cualquier momento (Anexo 28)
- ✓ Se garantizó el anonimato, la confidencialidad y la integridad de los datos obtenidos a partir de los participantes, siendo éstos utilizados únicamente para esta investigación.
- ✓ Se ofreció a los participantes la posibilidad de recibir los resultados derivados del estudio si ellos proporcionaban su correo electrónico, garantizando que la aplicación en línea no establecía relaciones entre los datos personales y los datos recogidos en la investigación.

6. RESULTADOS

«La investigación se compone de errores, que a su vez son los pasos hacia la verdad».

(Jules Verne)

RESULTADOS FASE 1:

Los resultados se presentan siguiendo las fases y los objetivos planteados en esta investigación.

Características sociodemográficas y profesionales de los participantes que definieron el concepto de pacientes crónicos con necesidades complejas

En relación con las características sociodemográficas, destacamos que el 78,3% fueron mujeres y el 83,1% de los profesionales participantes tenían entre 21 y 40 años. El 65% de los participantes tenían entre 6 y 15 años de experiencia laboral en el ámbito de atención al paciente crónico, destacando el 7,2% que tenían más de 21 años de experiencia. Del total de participantes matriculados en el postgrado un 90,4% eran asistenciales, trabajando un 49,4% en el turno de mañana, seguido de un 26,5 % en el turno de tarde y un 9,6% en el turno de noche.

En relación con los ámbitos y/o servicios en los que trabajaban, la procedencia fue muy distinta, resaltando la importancia de ello, dado que estos pacientes crónicos con necesidades complejas se encuentran en todos los niveles asistenciales y por ello era importante que la definición de este concepto fuera consensuada por profesionales de enfermería que trabajaban en diferentes ámbitos. De todos ellos, los más prevalentes fueron en un 27,7% el ámbito sociosanitario, un 21,7% el ámbito de Atención Primaria, un 18,1% el ámbito especializado (unidades de hospitalización) y un 9,6% el ámbito residencial. El 32,5% restante trabajaban en servicios más específicos como PADES, UFISS, unidades de paciente crítico y urgencias.

Definición y consenso del concepto de paciente crónico con necesidades complejas

La finalidad de este objetivo fue que todos los participantes de esta investigación partieran del mismo perfil de paciente. Los siguientes resultados dan respuesta al objetivo 1.1 de esta investigación.

Tal y como indica el apartado de metodología, de 113 profesionales de enfermería matriculados en el Postgrado de Atención al Paciente Crónico de IL3-UB, entre los años 2015-2017, 83 profesionales que cumplían los criterios de inclusión analizaron las definiciones (Anexo 29) mediante el programa Wordle¹². Los resultados permitieron generar la “nube de palabras” que se muestra en la Figura 16 para detectar los conceptos más utilizados de las definiciones de pacientes crónicos complejos realizadas por los profesionales matriculados en el Postgrado

Figura 17. Nube de palabras generada del análisis de las 83 definiciones sobre el concepto de paciente crónico con necesidades complejas.



Posteriormente, 15 profesionales de enfermería relacionados con la geriatría y la cronicidad analizaron la nube generada. Al finalizar, enviaron por correo electrónico su propuesta de definición (ANEXO 1) al equipo investigador quien mediante un análisis

¹²Wordle es una aplicación que genera una nube en la que las palabras más mencionadas aparecen más grandes que las menos destacadas. Disponible en: <https://wordle.softonic.com/aplicaciones-we>

manual de contenido obtuvo las siguientes subcategorías y categorías, definidas estas últimas bajo el concepto de las “4C”. Los resultados se muestran en la tabla 34.

Tabla 34. Matriz de codificación: categorías (Las 4C) y subcategorías resultantes del análisis de las 15 definiciones que los expertos redactaron a partir de la nube de palabras.

CATEGORIAS	SUBCATEGORÍAS	
1. Cronicidad compleja	1.1 Multimorbilidad <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fármacos ✓ Gravedad 1.2 Progresión <ul style="list-style-type: none"> ✓ Riesgo ✓ Reagudizaciones ✓ Descompensación ✓ Sufrimiento 	1.3 Fragilidad <ul style="list-style-type: none"> ✓ Geriatria ✓ Declive ✓ Vulnerable ✓ Síndromes 1.4 Decisiones <ul style="list-style-type: none"> ✓ Incertidumbre
2. Curas centradas en la persona	2.1 Necesidades <ul style="list-style-type: none"> ✓ Valoración ✓ Cuidados integrales 2.2 Humanización <ul style="list-style-type: none"> ✓ Escucha ✓ Valores y creencias 	2.3 Familia <ul style="list-style-type: none"> ✓ Soporte 2.5 Decisión <ul style="list-style-type: none"> ✓ Persona ✓ Familia 2.6 Calidad de vida
3. Continuidad asistencial	3.1 Crisis <ul style="list-style-type: none"> ✓ Urgencias ✓ Hospitalización 	3.2 Gestión <ul style="list-style-type: none"> ✓ Multidisciplinar
4. Consumo de recursos	4.1 Visitas <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alta Probabilidad 4.2 Ingresos <ul style="list-style-type: none"> ✓ Elevado consumo 	4.3 Recursos <ul style="list-style-type: none"> ✓ Acceso 4.4 Servicios

Fuente: Elaboración propia

Los resultados muestran que un paciente crónico en situación de complejidad es aquel paciente vulnerable, frágil con multimorbilidad, difícil control de la sintomatología, alta probabilidad de sufrir crisis graves y polimedicado. Son pacientes que requieren cuidados integrales y humanizados para prevenir agudizaciones, mejorar su autocuidado y calidad de vida, priorizando siempre sus valores ante cualquier toma de decisión. Por otro lado, se observa que, precisan de muchos recursos asistenciales, alto soporte familiar y acompañamiento de un equipo multidisciplinar para evitar el sufrimiento que

les genera no sólo el proceso de enfermedad sino el contexto sanitario en el que se ven inmersos.

Resultados de aprendizaje de las competencias asociadas a la toma de decisiones en pacientes crónicos con necesidades complejas

El análisis de los ejercicios individuales, que cada experto realizó antes de la sesión del grupo nominal, muestra que, de las 6 competencias, definieron 244 resultados de aprendizaje, de los cuales 102 son asignados a la dimensión del conocimiento, 104 a la de habilidad y 38 a la dimensión de actitud. Estos resultados preliminares fueron depurados por el investigador principal junto con otro investigador experto mediante un proceso de análisis y bajo el criterio de agrupar, reubicar y eliminar datos repetidos y/o redundantes, pasando de 244 a 160. Después del consenso del grupo nominal, se obtuvieron un total de 139 resultados de aprendizaje asociados todos ellos a las 3 dimensiones de la competencia. Los resultados se muestran en la tabla 35. y dan respuesta al objetivo 1.2 de esta investigación.

Tabla 35. Resultados de aprendizaje finales y su asignación a las dimensiones de la competencia.

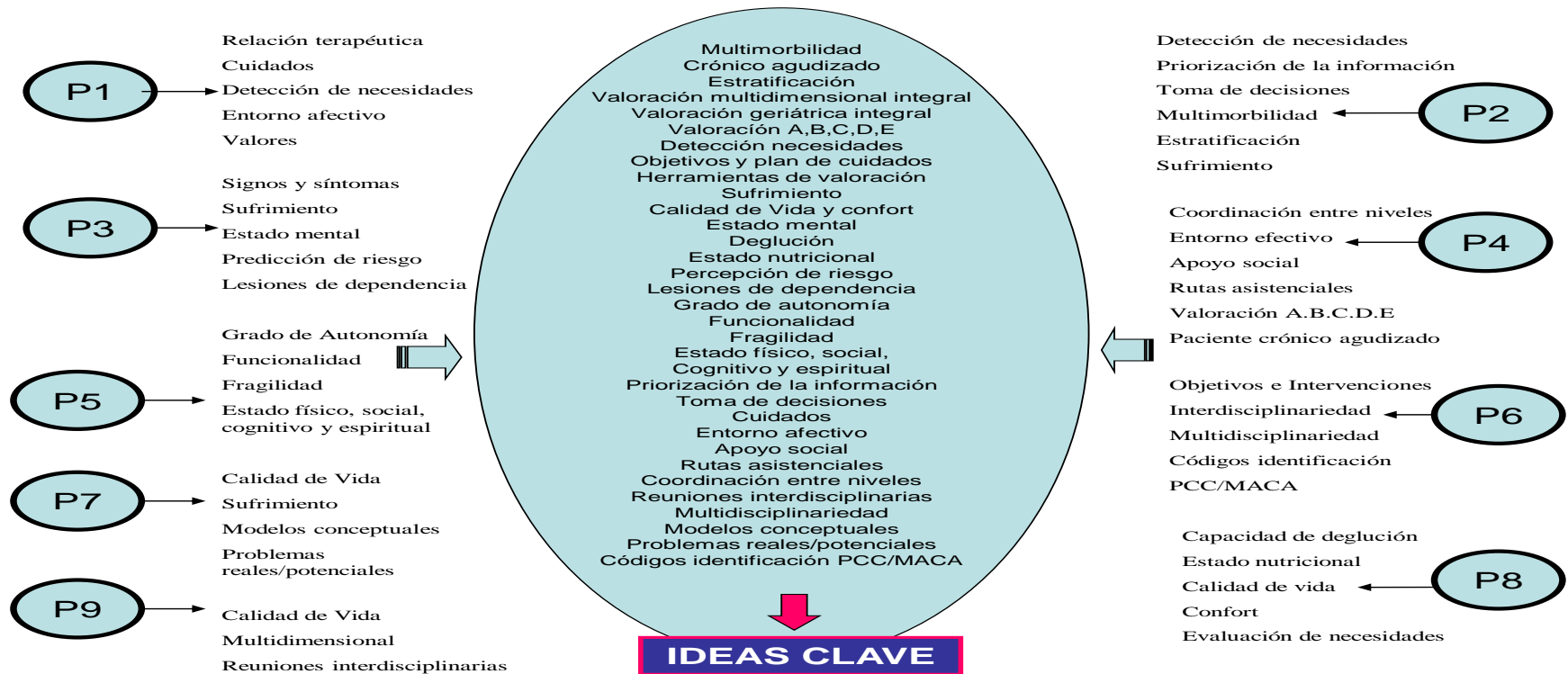
COMPETENCIA Y GRUPO DE ASIGNACIÓN SEGÚN ANECA		RESULTADOS DE APRENDIZAJE DEFINIDOS POR LOS EXPERTOS MEDIANTE LOS EJERCICIOS INDIVIDUALES	RESULTADOS DE APRENDIZAJE POSTERIORES AL ANÁLISIS Y SOMETIDOS A CONSENSO DEL GRUPO NOMINAL	RESULTADOS DE APRENDIZAJE FINALES	DIMENSIONES DE LA COMPETENCIA CONOCIMIENTO, HABILIDAD, ACTITUD DE CADA RESULTADO DE APRENDIZAJE FINAL
COMPETENCIA 7	GRUPO II	54	30	24	C (12), H (17), A (6)
COMPETENCIA 8	GRUPO II	39	29	22	C (11), H (14), A (6)
COMPETENCIA 9	GRUPO II	54	31	29	C (13), H (18), A (6)
COMPETENCIA 10	GRUPO II	38	23	22	C (10), H (13), A (8)
COMPETENCIA 11	GRUPO II	31	21	22	C (11), H (17), A (9)
COMPETENCIA 13	GRUPO IV	28	26	20	C (9), H (18), A (8)
TOTAL		244	160	139	C(66), H(97), A(43)

A continuación, se muestran los resultados derivados del análisis de los ejercicios individuales correspondientes a definir los resultados de aprendizaje de cada una de las competencias que cada experto realizó antes de la sesión del grupo nominal. En este capítulo se presentan únicamente los resultados de la competencia 7 que corresponden a las palabras clave que más destacaron del enunciado de dicha competencia (Figura 18),

las categorías y subcategorías que se derivan del análisis de los resultados de aprendizaje que definieron (Tabla 36), los resultados interpretativos que mediante mapas conceptuales reflejan la relación entre las categorías y subcategorías (Figura 19) y los resultados de aprendizaje finales consensuados por los expertos participantes del grupo nominal (Tabla 37). Los resultados del resto de competencias (8,9,10,11,13) se podrán consultar en el ANEXO 30.

Figura 18. Palabras clave identificadas del enunciado la competencia 7 que cada participante redactó de forma individual antes de la realización del grupo nominal.

COMPETENCIA 7: Capacidad para emprender valoraciones exhaustivas y sistemáticas utilizando las herramientas y marcos adecuados para el paciente, teniendo en cuenta los factores físicos, sociales, culturales, psicológicos, espirituales y ambientales relevantes.



Este análisis corresponde a la fase teórica que establece Arbeláez Gómez & Onrubia Goñi (2016)

Tabla 36. Matriz de codificación: categorías y subcategorías resultantes del análisis de los resultados de aprendizaje que los expertos redactaron antes del grupo nominal

COMPETENCIA 7: Capacidad para emprender valoraciones exhaustivas y sistemáticas utilizando las herramientas y marcos adecuados para el paciente, teniendo en cuenta los factores físicos, sociales, culturales, psicológicos, espirituales y ambientales relevantes.	
CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
1. Valoración Multidimensional Integral	1.1 Valoración geriátrica integral <ul style="list-style-type: none"> • Priorización de la información • Detección de necesidades físico-biológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales • Problemas reales/potenciales • Objetivos, diagnósticos de enfermería y plan de cuidados 1.2 Relación terapéutica 1.3 Valores 1.4 Juicio clínico 1.5 Detección y prevención 1.6 Plan terapéutico 1.8 Modelo conceptual
2. Sígnos y síntomas	2.1 Valoración A, B, C, D, E 2.2 Grado de sufrimiento 2.3 Calidad de vida 2.4 Confort 2.5 Cuidados
3. Estratificación	3.1 Códigos de identificación PCC/MACA 3.2 Multimorbilidad 3.3 Fragilidad 3.5 Crónico Agudizado 3.6 Paliación (Escala NECPAL)
4. Herramientas de valoración	4.1 Percepción de riesgo <ul style="list-style-type: none"> • Estado Mental • Deglución • Estado Nutricional • Valoración social • Cognitivo/Espiritual • Grado de autonomía • Lesiones de dependencia • Detección precoz del ICTUS • Caídas • Interacciones farmacológicas y adherencia terapéutica 4.2 Toma de decisiones
5. Entorno Afectivo	5.1 Entrevista familiar 5.2 Apoyo social <ul style="list-style-type: none"> • Cuidador Principal • Personas significativas • Genograma 5.3 Cuidados
6. Coordinación entre niveles asistenciales	6.3 Multidisciplinariedad 6.1 Reuniones interdisciplinarias 6.2 Rutas asistenciales y protocolos
7. Registro	7.1 Confidencialidad 7.2 Seguimiento y evaluación 7.3 Valoración clínica y social 7.4 Gestión del tiempo

Este análisis corresponde a la fase descriptiva que establece Arbeláez Gómez y Onrubia Goñi (2016)

Figura 19. Mapa conceptual que refleja la relación entre las categorías y subcategorías resultantes del análisis de los resultados de aprendizaje que los expertos redactaron antes del grupo nominal

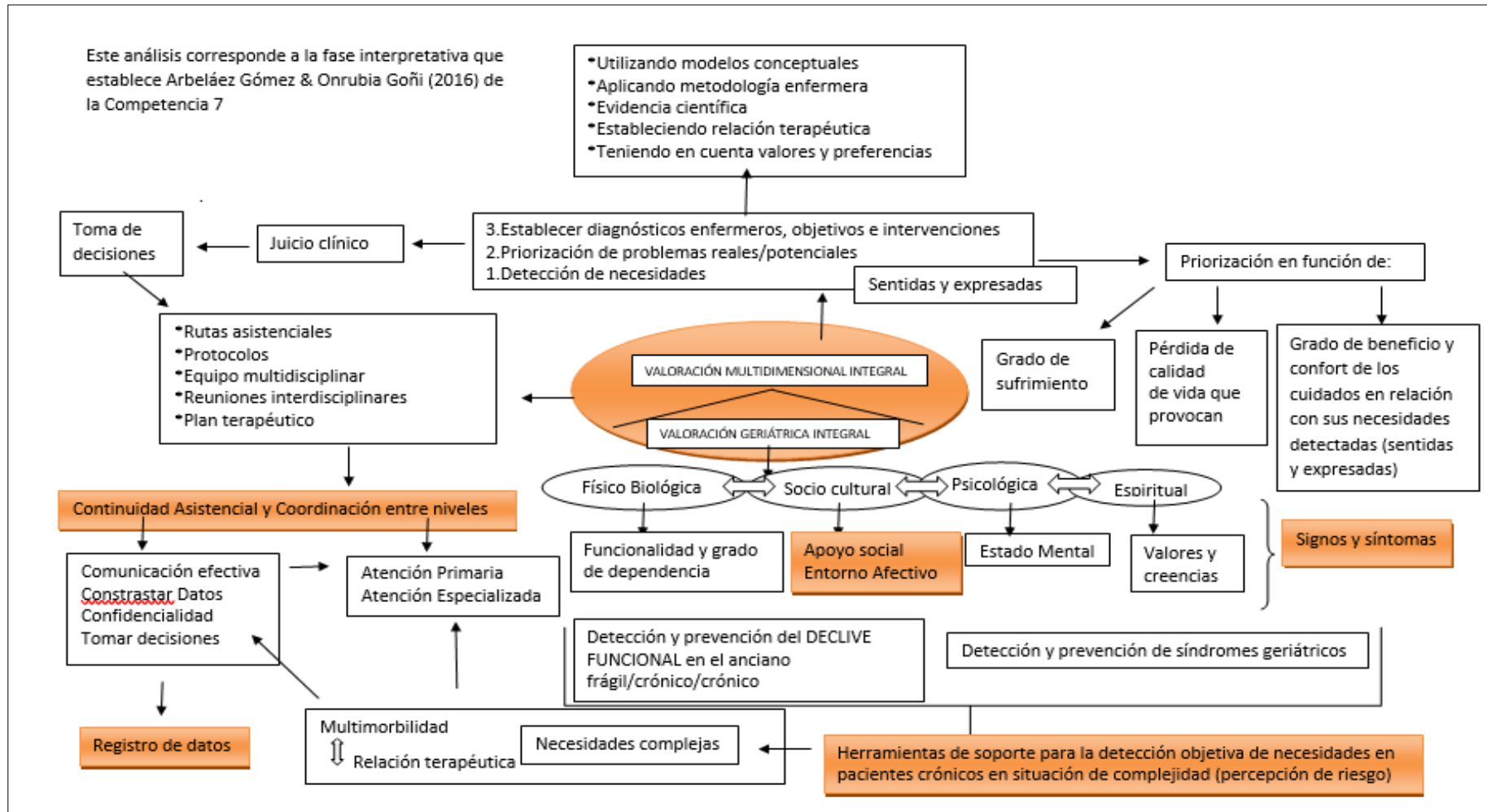


Tabla 37. Consenso final de los resultados de aprendizaje de la competencia 7	DIMENSIÓN COMPETENCIA			UNIDAD COMPETENCIA
	C	H	A	
CONSENSO FINAL DE LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJE DE LA COMPETENCIA 7 Capacidad para emprender valoraciones exhaustivas y sistemáticas utilizando las herramientas y marcos adecuados para el paciente, teniendo en cuenta los factores físicos, sociales, culturales, psicológicos, espirituales y ambientales relevantes.				
1. Priorizar los problemas reales y/o potenciales de enfermería según el grado de sufrimiento y pérdida de calidad de vida que provocan, elaborar un plan de cuidados y formular objetivos con el usuario.		X		UC1
2. Utilizar la Valoración Multidimensional Integral como método de valoración y detección de necesidades en las esferas físico-biológicas, psicológica, sociocultural y espiritual del paciente crónico en situación de complejidad y de su entorno afectivo, permitiendo que el paciente y su familia expresen sus propias emociones, escuchando de manera proactiva.		X	X	UC1
<ul style="list-style-type: none"> Realizar una entrevista a la familia para conocer la red de apoyo social con la que cuenta el paciente. 		X		UC1
<ul style="list-style-type: none"> Realizar un genograma completo, identificar al cuidador principal y el grado de conocimientos e implicación que éste tiene acerca del cuidado que necesita el paciente. 		X		UC1
<ul style="list-style-type: none"> Identificar los valores del enfermo y sus preferencias respecto a los cuidados que desea recibir y los objetivos terapéuticos a establecer A 			X	UC2
<ul style="list-style-type: none"> Evaluar la calidad de vida percibida por el paciente a través de la escala EUROQoL. 	X	X		UC4
<ul style="list-style-type: none"> Identificar a las personas con necesidad de un enfoque paliativo (escala NECPAL). 		X		UC4
<ul style="list-style-type: none"> Utilizar el índice de Barthel/Lawton para determinar el grado de autonomía y/o capacidad funcional del paciente crónico. 		X		UC1
<ul style="list-style-type: none"> Realizar una valoración nutricional básica utilizando el MNA (mini nutritional assessment) desde un enfoque integrador y no meramente clínico, que incluya la comprensión de su contexto familiar, social y comunitario). 		X	X	UC1
<ul style="list-style-type: none"> Utilizar el cuestionario MMSE/MEC para detectar la afectación de las diferentes áreas cognitivas y/o su evolución y el Pfeiffer para evaluar el deterioro cognitivo. *excluyendo a pacientes en delirium o confusión aguda. Se realizará en el primer momento de sospecha de deterioro cognitivo y en revisiones anuales/según evolución. 		X		UC1
<ul style="list-style-type: none"> Utilizar los parámetros de la escala Braden y/o escala Emina para identificar de forma precoz los pacientes susceptibles de presentar lesiones de dependencia (UPP) y establecer la periodicidad de revaloración. 	X	X		UC1
<ul style="list-style-type: none"> Utilizar el juicio clínico enfermero preguntando “¿Se ha caído antes?” para evaluar el riesgo de caídas de forma periódica durante el proceso de cuidados del paciente crónico 	X	X		UC4
<ul style="list-style-type: none"> Utilizar la prueba de volumen-viscosidad (test de disfagia) de forma periódica durante el proceso de cuidados del paciente crónico 		X		UC4
<ul style="list-style-type: none"> Detectar la presencia de interacciones farmacológicas derivadas de la polifarmacia (criterios de prescripción erróneos, conflictos en la conciliación farmacológica). 	X	X		UC3
<ul style="list-style-type: none"> Identificar el nivel de adherencia terapéutica 	X	X		UC3
<ul style="list-style-type: none"> Evaluar el distrés emocional (del paciente y su entorno) derivado de la comorbilidad mental frecuentemente presente y/o de la situación de salud y sus dificultades de autocuidado 	X	X		UC4

<ul style="list-style-type: none"> • Describir los componentes de la valoración A, B, C,D,E, para la detección precoz de la gravedad y la prevención de los problemas potenciales que se puedan derivar de la situación aguda 	X			UC1
3. Establecer espacios que favorezcan la comunicación del equipo asistencial, familia y paciente que permita compartir información clínica para marcar objetivos dentro del plan terapéutico de estos pacientes.			X	UC8
4. Seleccionar la información relevante y registrarla en el informe clínico del paciente teniendo en cuenta la continuidad entre niveles asistenciales	X	X		UC6
5. Conocer los códigos de identificación del paciente crónico complejo y del paciente MACA, para poder priorizar ante los problemas identificados y establecer los cuidados correspondientes según la valoración realizada.	X			UC6
6. Describir los componentes de la ruta asistencial de la patología para actuar según los protocolos/guías establecidos por consenso entre atención primaria y hospitalaria para una mejor atención continuada del paciente.	X			UC6
7. Realizar las valoraciones de enfermería de los pacientes utilizando el lenguaje enfermero, identificando y etiquetando diagnósticos de enfermería, así como las intervenciones y los objetivos a alcanzar mediante taxonomía enfermera.	X	X		UC1
(CB): Seleccionar de manera apropiada aquellas escalas o test más adecuados para cada una de las áreas a explorar dependiendo de la condición del paciente, con el objetivo de detectar riesgos y mejorar la detección y prevención del declive funcional.	X	X	X	UC3
(CB): Respetar la confidencialidad, intimidad, legalidad y principios éticos en el tratamiento de la información (incluye la utilización de TIC).			X	UC9
TOTAL, RESULTADOS APRENDIZAJE CONSENSUADOS 24				

RESULTADOS FASE 2

Los resultados se presentan siguiendo las fases y los objetivos planteados en esta investigación.

Características sociodemográficas de los participantes.

En el hospital del Vendrell se realizó el curso “Abordaje de enfermería ante el cuidado de pacientes crónicos con necesidades complejas en trayectoria de final de vida”. La primera sesión, descrita en el capítulo de metodología, fue replicada igual que la que se realizó en el curso del Hospital Parc Taulí “Toma de decisiones de enfermería en el contexto de atención al paciente crónico con necesidades complejas”, con el objetivo de ampliar la muestra de estudio y evaluar la eficacia del Health Consensus como herramienta pedagógica útil para potenciar la reflexión grupal y generar consensos. A continuación, se muestran en la Tabla 38 las características sociodemográficas y profesionales de los participantes de ambas muestras.

Tabla 38. Características sociodemográficas de la muestra CSPT y Hospital del Vendrell.

CORPORACIÓN SANITARIA PARC TAULÍ					HOSPITAL EL VENDRELL				
N.º	Género	Edad	Unidad	Años de experiencia	N.º	Género	Edad	Unidad	Años de experiencia
1	M	47	GA	>20	1	H	52	MI	>20
2	H	35	PSICO	11 a 15	2	M	41	AP	16 a 20
3	M	34	MI	11 a 15	3	M	36	MI	11 a 15
4	M	43	GA	16 a 20	4	M	39	AP	16 a 20
5	M	40	CONVA	16 a 20	5	M	32	MI	11 a 15
6	M	36	PCC	11 a 15	6	M	25	MI	5 a 10
7	H	35	CONVA	11 a 15	7	M	45	MI	>20
8	M	33	CONVA	11 a 15	8	M	37	MI	16 a 20
9	M	45	HD	>20	9	M	36	MI	16 a 20
10	M	33	GA	11 a 15	10	M	43	UCI	11 a 15
11	M	34	CONVA	11 a 15	11	M	37	AP	11 a 15
12	H	39	UFISS	11 a 15	12	M	23	MI	5 a 10
13	M	36	PCC	11 a 15	13	H	56	UCI	>20
14	M	39	MI	11 a 15	14	M	30	URG	5 a 10
15	M	43	URG	16 a 20	15	M	40	URG	11 a 15
16	M	56	PCC	>20	16	M	39	MI	11 a 15
17	M	47	CONVA	>20	17	M	41	MI	16 a 20
18	M	53	CONVA	>20	18	M	51	MI	>20
19	M	36	GA	11 a 15	19	M	40	MI	16 a 20
20	M	51	HD	>20	20	M	36	MI	11 a 15
21	M	47	EAIA	>20					
22	H	40	PSICO	>20					
23	M	39	PCC	11 a 15					
24	M	40	PCC	11 a 15					
25	M	44	MI	>20					
26	M	46	MI	>20					

27	M	38	MI	16 a 20					
28	M	37	MI	16 a 20					
29	M	43	MI	16 a 20					
30	M	42	URG	16 a 20					

H: hombre; M: mujer, GA: geriatría agudos; PSICO: psicogeriatría; CONVA: convalecencia; MI: medicina interna; URG: urgencias; HD: hospitalización domiciliaria; AP: atención primaria.

Se observa que la mayoría de los sujetos de la muestra son de género femenino, representando el 86,67% de la muestra de la Corporación Sanitaria Parc Taulí y el 90% del Hospital del Vendrell. La edad media es de 38,9 años. Por otro lado, destaca que el 43,3 % de la muestra de la Corporación Sanitaria Parc Taulí tiene de 11 a 15 años de experiencia, y que el 53% de la muestra del Hospital de Vendrell fue del servicio de medicina interna.

Grado de consenso sobre la implementación del modelo de gestión en atención al paciente crónico de la Corporación Sanitaria Parc Taulí (CSPT) y del Hospital El Vendrell.

A continuación, se presentan los resultados sobre los valores descriptivos del cuestionario IEMAC/ARCHO. Como se describe en el apartado de metodología, este cuestionario de autoevaluación permite medir la progresión de la organización en su transformación hacia el abordaje de la cronicidad (Del Rio Camara et al., 2016) y a su vez, facilita a las instituciones identificar en qué punto se encuentran respecto a la implantación de modelos orientados a la atención integrada al paciente crónico, facilitando la identificación de los puntos fuertes y de los que precisan una mejora, para establecer cambios (Zabala et al., 2017). A continuación, se describen los resultados (media, desviación estándar) de los valores descriptivos del cuestionario IEMAC/ARCHO en la muestra de las enfermeras de la Corporación Sanitaria Parc Taulí y del Hospital del Vendrell (Tabla x). En ambos, los casos válidos totales fueron del 100%.

Recordar que el rango establecido fue del 1 al 5, considerándose 1 un despliegue en la institución de los indicadores en menos del 10% de los casos, el 2 entre el 11-25%, el 3 del 26 al 50%, el 4 del 51 al 75% y el 5 cuando los indicadores estaban desplegados en la institución en más del 76% de los casos. Los resultados se muestran en la tabla 39. y dan respuesta al objetivo 2.1 de esta investigación.

Tabla 39. Estadísticos descriptivos de los ítems del cuestionario IEMAC/ARCHO en CSPT y hospital El Vendrell.

	Ítem IEMAC/ARCHO	CSPT MEDIA (DE)	VENDRELL MEDIA (DE)
DIMENSIÓN 3: MODELO ASISTENCIAL			
3.1 ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA			
1	La institución asigna a cada paciente crónico un profesional para que ejerza como su referente asistencial.	2,30 (1,70)	3,00 (1,02)
2	Los pacientes de alto riesgo disponen de una línea de consulta durante 7 días/24horas con profesionales.	1,00 (0,00)	1,00 (0,00)
3	Se ha definido un plan específico de actuación con pacientes en situación de enfermedad crónica avanzada, de acuerdo con sus valores y preferencias.	3,10 (1,02)	3,25 (0,91)
4	Se apuesta para que la atención social y sanitaria esté dirigida a que el paciente permanezca en su entor1y en la comunidad con la mejor calidad de vida posible.	2,93 (1,14)	2,80 (0,98)
3.2 COMPETENCIAS PROFESIONALES			
5	Los profesionales incorporan y desarrollan las competencias que deben intervenir en la atención al paciente crónico.	3,30 (1,23)	3,05 (1,14)
6	Existen profesionales responsables de la coordinación y continuidad asistencial, especialmente en procesos de transición entre ámbitos asistenciales y en la planificación del alta hospitalaria.	4,27 (0,98)	3,65 (0,67)
7	Se dispone de profesionales con competencia en gestión de casos en la comunidad para el manejo de los pacientes crónicos de mayor riesgo.	3,90 (0,96)	3,55 (1,14)
8	Los profesionales desarrollan competencias en el ámbito relacional y de motivación para que el paciente se implique en su autocuidado	3,33 (1,34)	2,40 (1,35)
3.3 TRABAJO EN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR			
9	En el centro se trabaja en equipo multidisciplinar.	3,70 (1,14)	3,20 (1,15)
10	Se promueve la relación entre los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales con actividades conjuntas	1,00 (0,00)	1,35 (0,74)
11	Se facilita el trabajo colaborativo entre profesionales de los ámbitos sanitarios, sociales y comunitarios para mejorar la atención al paciente crónico	3,63 (1,29)	2,90 (1,01)
12	Existen objetivos compartidos entre los diferentes equipos que atienden al paciente crónico.	2,20 (1,18)	2,15 (1,04)
3.4 CONTINUIDAD ASISTENCIAL			
13	Se han elaborado y aplicado rutas asistenciales entre atención primaria y especializada para las patologías crónicas más prevalentes.	3,23 (1,30)	2,85(1,08)
14	Existen alertas para informar y activar a los equipos clínicos en procesos de interconsulta y en situaciones de transición (urgencias, ingreso y alta hospitalaria y de centros sociosanitarios).	3,50 (1,38)	3,40 (0,99)
15	Existen circuitos alternativos a urgencias para pacientes crónicos en situación de dificultad de manejo y/o agudización: hospital de día, ingreso dirigido desde Atención Primaria, acceso telefónico u otros.	3,57 (1,10)	3,50 (1,00)
16	Se realiza la conciliación farmacológica en las transiciones entre ámbitos asistenciales.	1,93 (1,14)	1,80 (0,89)
3.5 SEGUIMIENTO ACTIVO DEL PACIENTE			
17	Existen planes de actuación estandarizados según perfiles de pacientes que incluyen actividades de promoción y prevención.	2,87 (1,13)	2,45 (1,09)
18	Existe un plan terapéutico integral para cada paciente con objetivos de prevención, de control clínico y de síntomas, así como de autocuidado, incorporado en su historia clínica.	3,33 (1,12)	2,00 (1,07)
19	Existen alertas en la HC que advierten al profesional cuando el paciente tiene un control inadecuado (parámetro fuera de rango, realización de una prueba, falta de rellenar algún registro)	3,07 (1,08)	3,35 (0,81)

20	Se revisa sistemáticamente la medicación con el paciente para detectar y resolver problemas relacionados con su efectividad, seguridad y adherencia.	3,50 (0,86)	3,45 (0,86)
3.6 INNOVACIÓN EN LAS INTERACCIONES ENTRE PACIENTES Y PROFESIONALES			
21	Se utilizan tecnologías que permiten la interacción entre pacientes y profesionales de forma presencial (teléfono, correo electrónico, consulta telemática, telemonitorización, teleasistencia, apps).	2,33 (1,44)	1,75 (0,69)
22	Se realizan consultas grupales.	2,77 (1,27)	1,70 (0,81)
23	Se prescriben sitios web, redes sociales, blogs con contenidos de educación sanitaria de calidad contrastada.	1,00 (0,00)	1,65 (1,08)
24	Existen programas estructurados y proactivos 1presenciales para el control y seguimiento de los pacientes crónicos.	1,00 (0,00)	1,00 (0,00)
3.7 GESTIÓN CLÍNICA Y SISTEMAS INCENTIVOS			
25	Los equipos asistenciales de todos los turnos funcionan y están bien organizados	2,53 (1,25)	3,00 (1,12)
26	Algunos incentivos de los profesionales dependen del buen manejo del paciente crónico.	1,00 (0,00)	1,00 (0,00)
DIMENSIÓN 4: APOYO AL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE			
4.2 EDUCACIÓN TERAPÉUTICA			
27	Se realiza y se proporciona educación terapéutica según necesidades y preferencias del paciente: consulta individual, consulta grupal, telefónica, on-line, talleres, materiales didácticos...	3,13 (0,86)	2,70 (0,80)
4.3 ACTIVACIÓN PSICOSOCIAL DEL PACIENTE			
28	Se ayuda a los pacientes a desarrollar competencias como la resolución de problemas, toma de decisiones, uso adecuado de recursos sanitarios y sociales.	3,07 (0,69)	3,35 (0,93)
29	Se promueve la participación de pacientes y cuidadores en asociaciones, grupos de ayuda mutua, redes sociales y foros de pacientes.	1,73 (1,04)	1,30 (0,57)
4.4 HERRAMIENTAS PARA FACILITAR EL AUTOCUIDADO			
30	El paciente dispone de información escrita útil y comprensible de su plan terapéutico personalizado.	3,07 (1,01)	1,95 (0,60)
31	El paciente dispone de acceso electrónico seguro al canal salud que contiene su carpeta personal de salud y opciones de comunicación con sus profesionales.	3,03 (1,12)	3,10 (1,25)
32	Se utilizan herramientas para el autocuidado (teléfo1, control telemático, cartilla del paciente, sistema de alertas, pastilleros...).	3,30 (0,79)	3,40 (1,39)
4.5 TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA			
33	El paciente participa en la definición de problemas, en el plan de acción, objetivos y en la evaluación de su progreso.	3,50 (0,68)	3,55 (0,99)
DIMENSIÓN 5: APOYO A LA TOMA DE DECISIONES			
5.1 PROTOCOLOS Y GUÍAS COMPARTIDAS			
34	Se utilizan guías de práctica clínica y protocolos compartidos entre ámbitos asistenciales que incorporan las situaciones de comorbilidad más frecuentes	2,97 (0,89)	2,95 (0,88)
5.2 FORMACIÓN CONTINUADA			
35	Se realizan cursos de formación continuada entor1al abordaje de la cronicidad	3,17 (0,64)	2,40 (0,75)

Para determinar el nivel de consenso debe observarse los ítems con medias más altas, indicando que la mayor parte de los profesionales, coinciden en mayor medida en el nivel de consenso cuestionado. Se observa que los ítems con valores más altos, que coinciden en las dos instituciones, son el ítem 6 *“Existen profesionales responsables de la coordinación y continuidad asistencial, especialmente en procesos de transición entre ámbitos asistenciales y en la planificación del alta hospitalaria”* y el ítem 7 *“Se dispone de profesionales con competencia en gestión de casos en la comunidad para el manejo de los pacientes crónicos de mayor riesgo”*, siguiendo con valores también altos el ítem 9 *“En el centro se trabaja en equipo multidisciplinar”* en la muestra de CSPT y el ítem 33 *“El paciente participa en la definición de problemas, en el plan de acción, objetivos y en la evaluación de su progreso”* en la muestra del Vendrell.

Al observar los resultados por dimensiones, se observa en la muestra del CSPT que la dimensión *“Competencias profesionales”* (formada por los ítems del p5 al p8) es la que presenta los valores de consenso más elevados, seguido de la dimensión *“Seguimiento activo del paciente”* (formada por los ítems del 17 al 20), la dimensión *“Continuidad asistencial”* (ítems del 13 al 16) y la dimensión *“Trabajo en equipo multidisciplinar”* (ítems del 9 al 12). Por el contrario, la dimensión con valores de consenso más bajos es la dimensión *“protocolos y guías compartidas”* (formada por el ítem 34), seguido de la dimensión *“Educación terapéutica”* (ítem 27), la dimensión *“formación continuada”* (ítem 35), la dimensión *“toma de decisiones compartida”* (ítem 33) y la dimensión *“Gestión clínica y sistemas incentivos”* (formada por los ítems 25 y 26). En la muestra del Hospital del Vendrell obtienen los valores de consenso más elevados la dimensión *“Competencias profesionales”* (formada por los ítems del p5 al p8), seguido de la dimensión *“Trabajo en equipo multidisciplinar”* (ítems del 9 al 12), la dimensión *“integridad y continuidad asistencial”* y la dimensión *“atención centrada en el paciente”*, obteniendo como resultado relevante que en ambos hospitales la dimensión que más consideran que está implementada es la de *“Competencias profesionales”*.

Los resultados se observan en las siguientes figuras:

Figura 20. Estadísticos descriptivos (media) de la dimensión 3 del cuestionario IEMAC/ARCHO en CSPT i El Vendrell.

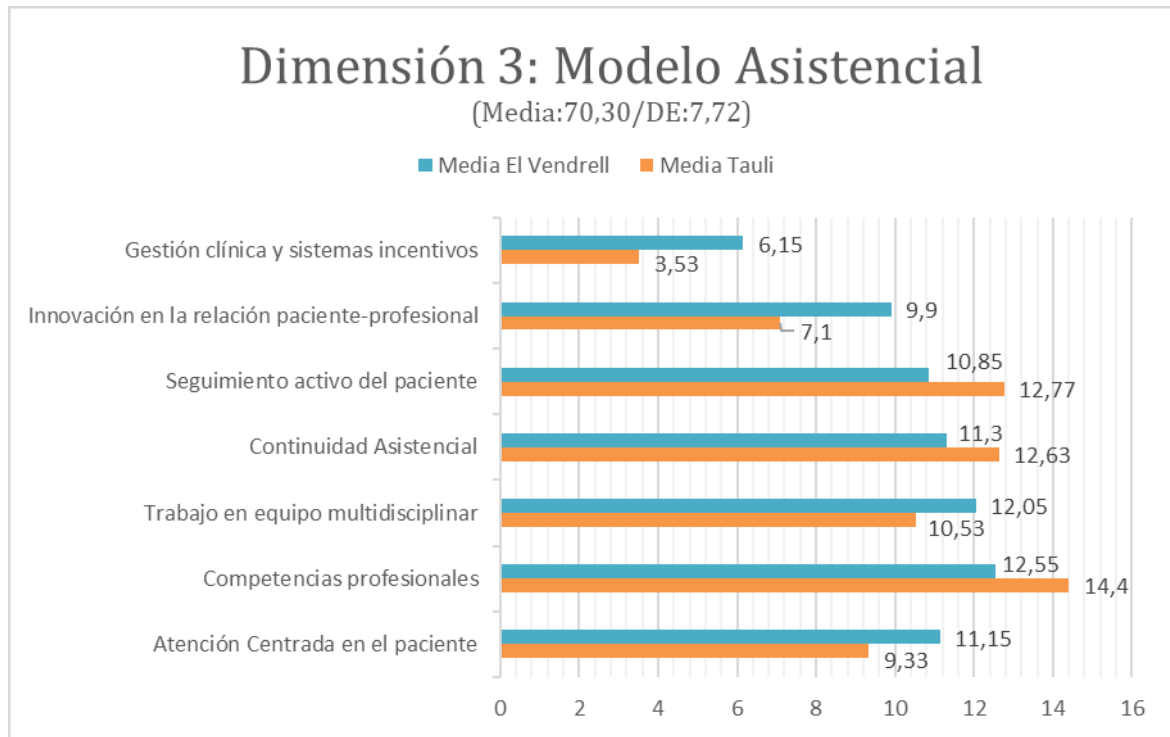


Figura 21. Estadísticos descriptivos (media) de la dimensión 4 del cuestionario IEMAC/ARCHO en CSPT i El Vendrell.

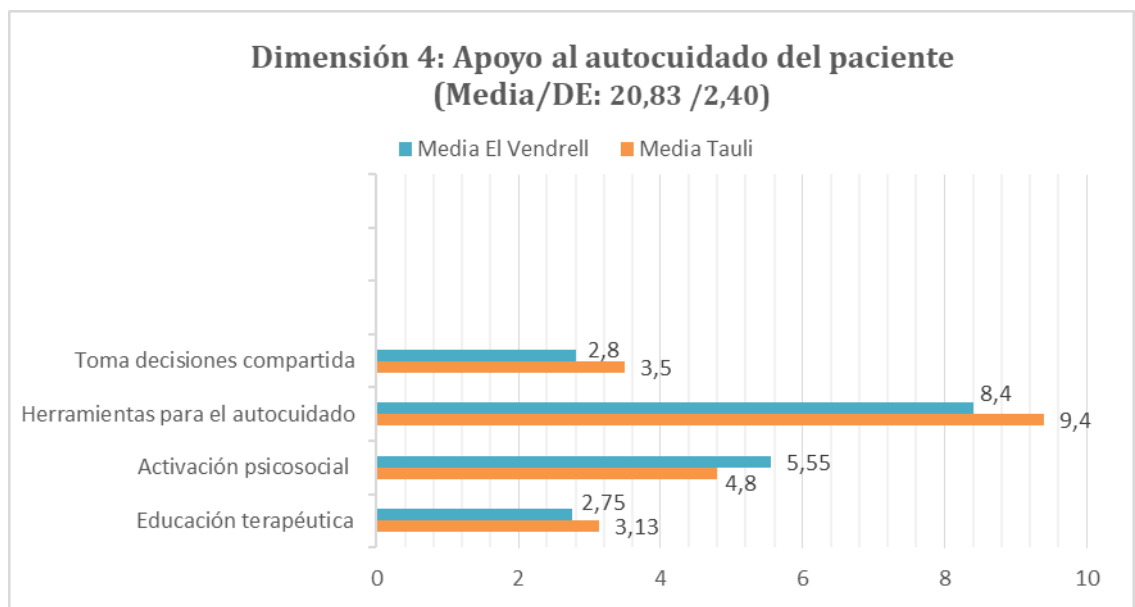
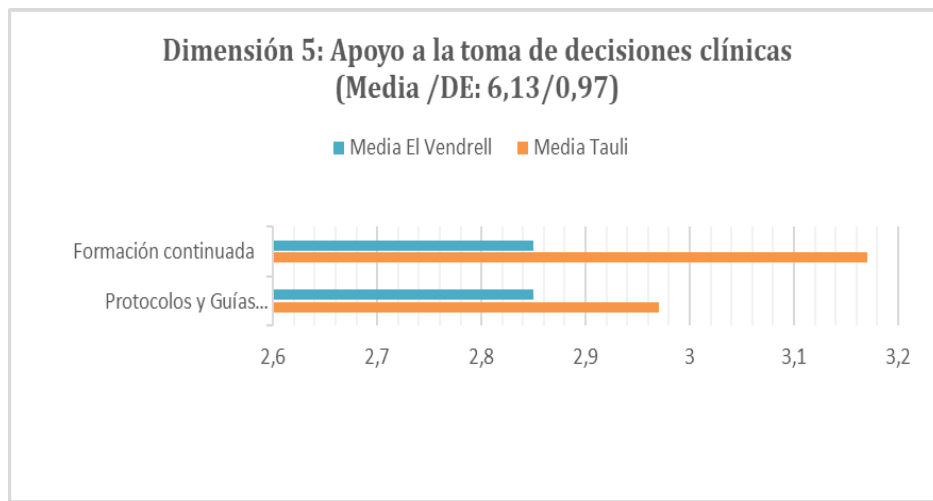


Figura 22. Estadísticos descriptivos (media) de la dimensión 5 del cuestionario IEMAC/ARCHO en CSPT i El Vendrell



Consenso de las decisiones de enfermería más prevalentes en el marco de atención a estos pacientes

Los primeros resultados que dan respuesta al objetivo 2.2 de esta investigación proceden del análisis temático de las tres decisiones que cada participante mencionó en los ejercicios individuales que realizaron antes de la tercera sesión formativa. Se leyeron detenida y repetidamente las respuestas y se elaboró un primer listado de las decisiones que más se repetían. Mediante un proceso de abstracción se eliminaron los datos redundantes y sin sentido, se fragmentó el texto en unidades que posteriormente se recompusieron, creando, clasificando, juntando y ordenando categorías para volver a construir decisiones más comprensibles. De los 30 participantes se obtuvieron 90 decisiones (Anexo 31) de las que se abstrajeron las subcategorías y categorías que se muestran en la tabla 40.

Tabla 40. Matriz de codificación resultante del análisis de las decisiones que más toman los profesionales de enfermería en el cuidado de pacientes crónicos con necesidades complejas.

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
1. Decidir o cuestionar el alta del paciente	1.1 Explicar recursos sociales sin derivación a trabajo social 1.2 Activar recursos pre-alta Contactar con la enfermera de enlace del hospital para garantizar el traspaso al EAP
2. Grado de información al pacientes y familia (¿cuándo se informa y cuánta información se debe dar?)	2.1 Limitación del esfuerzo terapéutico 2.2 Proceso de cuidados de larga duración 2.3 Cambios farmacológicos <ul style="list-style-type: none"> Descompensación patología crónica 2.4 Resolver dudas y aclarar conceptos
3. Frecuencia de las curas en paciente en atención al final de la vida	3.1 Objetivos terapéuticos <ul style="list-style-type: none"> Grado de confort Grado de sufrimiento Deseos y preferencias del paciente 3.2 Planificación anticipada de las decisiones (PAD) 3.3 Códigos de identificación PCC/MACA <ul style="list-style-type: none"> Multimorbilidad Paliación (Escala NECPAL)
4. Organización de la jornada laboral	4.1 En función de las necesidades cambiantes de los pacientes ingresados en la unidad/servicio. 4.2 Carga asistencial/Recursos Humanos disponibles
5. Educación Terapéutica: ¿en qué momento, ¿cómo?	5.1 Participación del paciente/familia <ul style="list-style-type: none"> Entorno de diálogo Empoderamiento 5.2 Evaluación de impacto y de resultados Continuidad entre niveles asistenciales para garantizar que la educación terapéutica se mantiene en todo el proceso de cuidado del paciente.
6. Restricción física en pacientes con agitación psicomotriz	6.1 Tipo de contención <ul style="list-style-type: none"> Condiciones óptimas, no valen inventos. Correcta colocación según protocolo Riesgo de lesión Pauta de las medidas de cuidados cuando se realiza la contención. 6.2 Consentimiento informado de la familia <ul style="list-style-type: none"> Grado de información 6.3 Decisión de la retirada de la contención Tener en cuenta aspectos de mejora del paciente para retirar la contención.
7. Administración de tratamientos farmacológicos sin el consentimiento médico inmediato	7.1 Iniciar oxigenoterapia 7.2 Administrar medicación para dormir en paciente inquieto 7.3 Administrar cafinitrina en paciente con dolor precordial 7.4 No administrar insulina en pacientes con glicemias basales bajas 7.5 Administrar opioides o benzodiazepinas para iniciar pauta de sedación en pacientes con alto grado de sufrimiento.
8. Necesidad de limitación del esfuerzo terapéutico	8.1 ¿Cuándo se inicia? ¿Cuándo se explica a la familia? 8.2 Preferencias y valores del paciente 8.3 Planificación anticipada de las decisiones 8.4 Pauta y des pauta de fármacos
9. Riesgo de broncoaspiración	9.1 Valorar indicación de no seguir ingesta oral <ul style="list-style-type: none"> Detección de signos que indican micro aspiraciones Cambio de texturas 9.2 Higiene postural y ambiental en el proceso de alimentación 9.3 Valorar logopedia
10. Cuidados de enfermería	10.1 Adaptar el número de cambios posturales al estado del paciente para minimizar su sufrimiento en las movilizaciones. 10.2 Decidir si se deja un paciente encamado o sentado según el confort que manifieste el paciente (verbal o no verbal)

	10.3 Respetar descanso y no administrar medicación si duermen o bien retrasar su administración <ul style="list-style-type: none"> • Cambios de rutinas 10.4 Decidir pauta de analgesia en el momento de una cura de un paciente. 10.5 Decidir qué tipo de dieta es la más adecuada para el paciente según la situación crítica y sus preferencias.
11. Detectar signos/síntomas de alarma	11.1 Avisar al médico de guardia <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de información que se le explica • Avisar a la familia 11.2 Activar dispositivos (SEM, UFISS, PADES...)
12. Decidir no pinchar más en un paciente con accesos venosos difíciles	12.1 Revisar y valorar tratamiento farmacológico 12.2 Instaurar un catéter venoso central de inserción periférica (PIIC) 12.3 Información al paciente
13. Derivación a otros profesionales	13.1 Valoración 13.2 Situación de riesgo 13.3 Formato de derivación (papel, HCC, teléfono...)
14. Decidir qué escalas de valoración pasar al paciente	14.1 ¿En qué momento se pasan? 14.2 Escribir en la prealta 14.3 ¿Cada cuánto se actualizan?

Como se puede observar se abstrajeron 14 categorías, 13 de las cuáles hacen referencia a decisiones relacionadas con el proceso de cuidado del paciente y 1 con la organización del entorno laboral. De las primeras, también se pueden diferenciar 6 relacionadas con intervenciones diagnósticas y terapéuticas dirigidas directamente al “cuerpo” del paciente y que por tanto pueden vulnerar más o menos su integridad física (poner restricción física o no, administración de tratamientos sin el consentimiento del médico o que limitan el esfuerzo terapéutico, riesgo de broncoaspiración, pinchar en accesos venosos difíciles, decidir qué cuidados básicos se llevan a cabo o no para minimizar el grado de sufrimiento) y 7 decisiones dirigidas, no tanto a su físico, sino a su proceso de cuidado y evolución (decidir el alta del paciente, el grado de información que se le da, cuándo y cómo, la frecuencia de los cuidados, en qué momento se inicia un proceso de educación terapéutica y a quién, avisar al médico de guardia ante signos de alarma, derivación a otros profesionales y decidir qué escalas de valoración utilizar).

Estas subcategorías y categorías se agruparon y se redefinieron para describir las 25 decisiones finales más prevalentes que fueron sometidas a consenso de los participantes en el curso formativo.

A continuación, se describen los resultados (media y desviación estándar) de los valores descriptivos de las decisiones sometidas a consenso mediante el Health Consensus (HC) en la muestra de las enfermeras de la Corporación Sanitaria Parc Tauli. Los casos válidos totales de n=30 (100%).

Tabla 41. Estadísticos descriptivos de las decisiones sometidas a consenso mediante HC en CSPT

	Decisiones	Media (DE)
1	Restricción física urgente en pacientes con cuadros de agitación psicomotriz.	2,47 (0,73)
2	Identificar la necesidad de limitación terapéutica y explicar al médico y a la familia.	2,50 (0,77)
3	Valorar la ingesta oral de líquidos en pacientes con riesgo de broncoaspiración y sin valoración de logopeda.	2,20 (0,84)
4	Detectar signos y síntomas de alarma para solicitar una valoración médica.	2,43 (0,77)
5	Reinstaurar vía endovenosa para continuidad de tratamiento antibiótico en pacientes con venas de difícil acceso.	2,37 (0,85)
6	Revisar y valorar tratamientos farmacológicos.	2,73 (0,45)
7	Decidir o cuestionar el alta del paciente.	2,37 (0,71)
8	Decidir el momento para informar a la familia/paciente sobre temas relacionados con el proceso de cuidados.	2,67 (0,47)
9	Decidir el grado de intensidad de curas en pacientes en trayectoria final de vida	2,73 (0,45)
10	Decidir en qué momento se inicia la educación terapéutica a un paciente/familia.	1,73 (1,01)
11	Decidir los recursos necesarios que se deben activar para garantizar una continuidad de los cuidados después del alta o estando en el domicilio.	1,80 (1,06)
12	Activar el dispositivo adecuado ante una complicación (CUAP,CAP,,visita programada, UFISS, PADES...).	2,63 (0,49)
13	Decidir si administrar fármacos en situación de urgencia vital o en situación de últimos días con sufrimiento sin tener el consentimiento del médico.	1,43 (1,04)
14	Decidir si administrar la medicación habitual que el paciente no tiene pautada.	2,37 (0,76)
15	Decidir si administrar oxigenoterapia a un paciente que no tiene pauta médica.	1,83 (1,02)
16	Explicar recursos sociales al paciente/familia sin derivación a la trabajadora social.	2,40 (0,77)
17	Identificar la necesidad de colaboración de otro profesional por situaciones de riesgo (clínica del dolor, médico de guardia, dietista, psicóloga...).	2,07 (0,86)
18	Modificar nuestra opción "elegida" por no ser congruente con los valores y preferencias del paciente.	2,53 (0,50)
19	Organizar la jornada laboral y liderar los cuidados para poder ofrecer calidad asistencial.	2,30 (0,79)
20	Revisar los objetivos de enfermería en función de la dinámica del proceso de enfermedad en este tipo de pacientes sobretudo en trayectoria de final de vida.	2,43 (0,77)
21	Identificar, según las necesidades del paciente, si debe estar encamado, sentado o deambular.	2,33 (0,88)
22	Hablar con la familia sobre la posibilidad de limitación del esfuerzo terapéutico antes de comentarle al médico.	2,47 (0,77)
23	Iniciar una planificación anticipada de las decisiones con la familia y/o paciente.	2,20 (0,88)
24	Disminuir el número de cambios posturales para premiar el confort del paciente.	0,80 (0,96)
25	Pasar escalas de medición que permitan conocer el estado real del paciente y a su vez, ayuden al equipo a tomar decisiones acordes con sus necesidades (Barthel, Pfeiffer, NECPAL, Índice de fragilidad...	2,50 (0,73)
	TOTAL	56,30 (6,48)

Para determinar el nivel de consenso debe observarse los ítems con medias más altas, indicando que la mayor parte de los profesionales, coinciden en mayor medida en el nivel de consenso cuestionado. Se observa que los ítems con valores más altos son el ítem p6 *“revisar y valorar tratamientos farmacológicos”*, el ítem p8 *“decidir el momento para informar a la familia/paciente sobre temas relacionados con el proceso de cuidados”* y el ítem p9 *“decidir el grado de intensidad de curas en pacientes en trayectoria final de vida”*, los cuales corresponden a las decisiones que más consensuaron que tomaban más en su día a día.

Por el contrario, la decisión que menos grado de consenso obtuvo fue la relacionada con el ítem p24 *“disminuir el número de cambios posturales para premiar el confort del paciente”*, seguido del ítem p13 *“decidir si administrar fármacos en situación de urgencia vital o en situación de últimos días con sufrimiento sin tener el consentimiento del médico”*, el ítem p10 *“decidir en qué momento se inicia la educación terapéutica a un paciente/familia”* y el ítem p11 *“decidir los recursos necesarios que se deben activar para garantizar una continuidad de los cuidados después del alta o estando en el domicilio”*.

Diferencias en los niveles de consenso de las decisiones de enfermería más prevalentes en función del género en CPST.

Se establecen las relaciones entre el género y las puntuaciones de las decisiones sometidas a consenso, siendo los casos válidos totales de n=30 (100%). Las puntuaciones medias se comparan mediante la prueba *t* de student para muestras independientes. Se estudia la relación entre el grado de consenso y el género. Los resultados se observan en la siguiente tabla 42.

Tabla 42. Puntuaciones medias, significación de hombres y mujeres en los ítems sometidos a consenso en la muestra del CSPT.

	Decisiones	MEDIA (DE) MUJERES	MEDIA (DE) HOMBRES	t	p
1	Restricción física urgente en pacientes con cuadros de agitación psicomotriz.	2,42 (0,75)	2,75 (0,50)	0,82	0,41
2	Identificar la necesidad de limitación terapéutica y explicar al médico y a la familia.	2,46 (0,81)	2,75 (0,50)	0,68	0,49
3	Valorar la ingesta oral de líquidos en pacientes con riesgo de broncoaspiración y sin valoración de logopeda.	2,19 (0,84)	2,25 (0,95)	0,11	0,91
4	Detectar signos y síntomas de alarma para solicitar una valoración médica.	2,42 (0,75)	2,50 (1,00)	0,18	0,85
5	Reinstaurar vía endovenosa para continuidad de tratamiento antibiótico en pacientes con venas de difícil acceso.	2,42 (0,80)	2,00 (1,15)	-0,92	0,36
6	Revisar y valorar tratamientos farmacológicos.	2,42 (0,80)	2,50 (0,55)	-1,11	0,27
7	Decidir o cuestionar el alta del paciente.	2,38 (0,75)	2,25 (0,50)	-0,34	0,73
8	Decidir el momento para informar a la familia/paciente sobre temas relacionados con el proceso de cuidados.	2,65 (0,48)	2,75 (0,50)	0,36	0,71
9	Decidir el grado de intensidad de curas en pacientes en trayectoria final de vida	2,69 (0,47)	3,00 (0,00)	1,28	0,20
10	Decidir en qué momento se inicia la educación terapéutica a un paciente/familia.	1,75 (0,95)	1,73 (1,04)	0,03	0,03*
11	Decidir los recursos necesarios que se deben activar para garantizar una continuidad de los cuidados después del alta o estando en el domicilio.	1,96 (0,99)	0,75 (0,95)	-2,26	0,97
12	Activar el dispositivo adecuado ante una complicación (CUAP,CAP,.visita programada, UFISS, PADES...).	2,65 (0,48)	2,50 (0, 57)	-0,57	0,56
13	Decidir si administrar fármacos en situación de urgencia vital o en situación de últimos días con sufrimiento sin tener el consentimiento del médico.	0,50 (0, 57)	1,58 (1,02)	-2,02	0,05*
14	Decidir si administrar la medicación habitual que el paciente no tiene pauta.	2,38 (0,75)	2,25 (0,95)	-0,32	0,74
15	Decidir si administrar oxigenoterapia a un paciente que no tiene pauta médica.	1,73 (1,04)	2,50 (0,57)	1,42	0,16
16	Explicar recursos sociales al paciente/familia sin derivación a la trabajadora social.	2,38 (0,80)	2,50 (0,57)	0,27	0,78
17	Identificar la necesidad de colaboración de otro profesional por situaciones de riesgo (clínica del dolor, médico de guardia, dietista, psicóloga...).	2,12 (0,86)	1,75 (0,95)	-0,72	0,51
18	Modificar nuestra opción "elegida" por no ser congruente con los valores y preferencias del paciente.	2,54 (0,50)	2,50 (0,57)	-0,12	0,90
19	Organizar la jornada laboral y liderar los cuidados para poder ofrecer calidad asistencial.	2,35 (0,79)	2,00 (0,81)	-0,80	0,42
20	Revisar los objetivos de enfermería en función de la dinámica del proceso de enfermedad en este tipo de pacientes sobretudo en trayectoria de final de vida.	2,42 (0,75)	2,50 (1,00)	0,18	0,85
21	Identificar, según las necesidades del paciente, si debe estar encamado, sentado o deambular.	2,31 (0,83)	2,50 (0,57)	0,44	0,66
22	Hablar con la familia sobre la posibilidad de limitación del esfuerzo terapéutico antes de comentarle al médico.	2,50 (0,76)	2,25 (0,95)	-0,59	0,55
23	Iniciar una planificación anticipada de las decisiones con la familia y/o paciente.	2,12 (0,81)	2,75 (0,50)	1,49	0,14
24	Disminuir el número de cambios posturales para premiar el confort del paciente.	0,81 (0,98)	0,75 (0,95)	-0,11	0,91
25	Pasar escalas de medición que permitan conocer el estado real del paciente y a su vez, ayuden al equipo a tomar decisiones acordes con sus necesidades (Barthel, Pfeiffer, NECPAL, Índice de fragilidad).	2,50 (0,76)	2,50 (0,50)	0,00	1,00

* p <0,05

Se observa en los resultados que el ítem p10 “decidir en qué momento se inicia la educación terapéutica a un paciente/familia” y el ítem p13 “decidir si administrar fármacos en situación de urgencia vital o en situación de últimos días con sufrimiento sin tener el consentimiento del médico” tienen una relación significativamente estadística con el género ($p < 0,05$). El ítem p10 tiene valores más altos en las mujeres y, por el contrario, en el ítem p13 se observan los mayores valores en los hombres.

Diferencias en los niveles de consenso de las decisiones de enfermería más prevalentes en función del turno en la CPST.

Para comparar los niveles de consenso en las decisiones más prevalentes que enfermería toma en su día a día según el turno, se comparan las medias en los diferentes turnos. Los casos válidos totales fueron de $n=30$ (100%). A través del análisis de las medias, se observa que el turno de tarde es el que presenta valores más elevados, siendo esta relación significativa ($p < 0,05$). Es decir, el turno de tarde es el que consensuó más las decisiones.

Tabla 43. Resultados valores de las decisiones sometidas a consenso según turno en CSPT.

	MAÑANA	TARDE	NOCHE	TOTAL	F	p
MEDIA (DE)	56,44 (5,60)	58,90 (6,53)	47,75 (3,59)	56,30 (6,45)	4,59	0,02*
N	n=15	n=11	n=4	N=30		

* $p < 0,05$

Diferencias en los niveles de consenso de las decisiones de enfermería más prevalentes en función de la unidad en la que trabajaban del CSPT.

Se analiza la relación entre los niveles de consenso en las decisiones y la unidad en la que trabajan los profesionales de la muestra. Los casos válidos totales fueron de $n=30$ (100%).

Tabla 44. Resultados valores de las decisiones sometidas a consenso según servicio en CSPT.

SERVICIO	MEDIA (DE)	N
UGA	62,5 (1,29)	n=4
PSICO	57,50 (2,12)	n=2
CONVA	51,50 (4,32)	n=6
DOMICILIARIA	53,00 (2,82)	n=2
PCC	63,80 (3,27)	n=5
UFISS	52,00 (0,00)	n=1
EAIA	50,00 (0,00)	n=1
MED INT	57,80 (6,30)	n=5
URG	52,50 (4,94)	n=2
HOSPITALARIA	47,00 (1,00)	n=2
TOTAL	56,30 (6,45)	n=30
F	4,90	
p	0,001**	

** p < 0,01; UGA (Unidad de agudos de Geriátría); PSICO (unidad de psicogeriatría); AGUDOS CARDIO (agudos de cardiología); CONVA (unidad de convalecencia); DOMICILIARIA; PCC (paciente crónico complejo), UFISS (Unidad Funcional interdisciplinaria sociosanitaria); EAIA (Equipo de evaluación integrador ambulatoria); MED INT (medicina interna), URG (urgencias),

A través de la comparación de las medias, se observa que el servicio PCC presenta los valores más elevados en los resultados obtenidos. Además, el Anova de un factor evidencia que las diferencias de esta relación según el servicio en el cual desarrollan su trabajo los integrantes de la muestra son significativas ($p < 0,01$). Es decir, que los profesionales que trabajan en la unidad de Paciente crónico complejo fueron los que más consenso consiguieron en relación con las decisiones propuestas.

Diferencias en los niveles de consenso de las decisiones de enfermería más prevalentes en función de los años de experiencia en el CPST.

Se estudia la relación del nivel de consenso de las decisiones más prevalentes que toman en su práctica profesional según la experiencia de los profesionales del CSPT. Los casos válidos totales fueron de $n=30$ (100%).

Tabla 45. Resultados valores de las decisiones sometidas a consenso según experiencia en CSPT.

	11 a 15a	16 a 20a	Más 20a	TOTAL	F	p
MEDIA (DE)	55,84 (7,54)	56,14 (5,92)	57,00 (5,83)	56,30 (6,45)	0,87	0,91
N	n=13	n=7	n=4	N=30		

En el estudio de las medias del valor de los ítems según la experiencia, se observa que los sujetos que tienen más de 20 años de experiencia asistencial presentan valores más

elevados, a pesar de que las diferencias son muy similares en todos los casos y no se observa significación estadística según la experiencia.

Estilo de toma de decisiones de cada uno de los profesionales que participaron en la acción formativa.

A continuación, se describen los resultados (media y desviación estándar) de los valores descriptivos de los ítems y factores del cuestionario **Decision Making Questionnaire II (DMQ-II)** diseñado por el profesor Leon Mann y traducido al castellano por Barbero, Vila, Maciá, Pérez-Llantada y Navas (1993) en la muestra de las enfermeras de la Corporación Sanitaria Parc Tauli. Cabe recordar que este cuestionario permite orientar el estilo de toma de decisiones más frecuente que tienen las enfermeras de diferentes ámbitos. El rango de respuesta es 0=nunca/casi nunca, 1= a veces, 2= frecuentemente y 3=casi siempre/siempre. Los resultados obtenidos dan respuesta al objetivo 2.3 de esta investigación.

Los casos válidos totales de n=30 (100%). Los resultados muestran que el ítem p3, *“Siempre que puedo, me gusta considerar todas las alternativas existentes antes de tomar una decisión”*, es el que presenta valores más elevados. Al análisis por factores, puede observarse que el Factor 1 muestra una media de 12,37, indicando que la persona toma decisiones manejando estrategias deficientes de afrontamiento al estrés. Como consecuencia de ello, quien tiene que decidir prefiere que lo haga otra persona o bien se decide de forma impulsiva y sin reflexionar generando sensación de incomodidad e incluso es un estilo que no permite pensar con claridad. Por otro lado, el Factor 2 muestra una media de 7,73 equivalente a una puntuación cercana a la baja e indicativa de un estilo de toma de decisiones en el que frecuentemente se considera toda la información disponible aun cuando la respuesta debe darse de manera inmediata. Por último, el Factor 3 muestra una media de 7,33 indicando un estilo de toma de decisiones en el que antes de decidir se suelen clarificar los objetivos y criterios y en el que no se suelen utilizar estrategias de escape-avoidance. Los resultados se muestran en la tabla 46.

Tabla 46. Estadísticos descriptivos del cuestionario Decision Making Questionnaire II (DMQ-II)

	Ítems del cuestionario Decision Making Questionnaire II (DMQ-II)	Media (DE)
1	Me siento tremendamente presionado/a por el tiempo cuando tengo que tomar una decisión en un momento clave.	1,03 (0,66)
2	Me siento más relajado/a la hora de elegir una alternativa, si considero que la decisión a tomar no es demasiado importante.	1,63 (0,67)
3	Siempre que puedo, me gusta considerar todas las alternativas existentes antes de tomar una decisión	2,27 (1,01)
4	Cuando tengo que tomar una decisión, procuro no pensar demasiado en ello.	0,53 (0,62)
5	Prefiero que sean otras personas del equipo las que tomen algunas decisiones.	0,60 (0,56)
6	Si me siento molesto/a o incómodo/a por tener que tomar decisiones, lo hago de manera impulsiva y sin reflexionar.	0,07 (0,25)
7	Siempre que puedo, procuro analizar o tener en cuenta las desventajas de cada una de las alternativas antes de tomar una decisión	1,97 (1,15)
8	Cuando la decisión tomada resulta incómoda, me inclino a pensar que la culpa es de los demás	0,30 (0,53)
9	Pierdo mucho el tiempo en cuestiones triviales antes de tomar la decisión final.	0,43 (0,50)
10	Me siento incómodo cuando tengo que tomar decisiones.	0,73 (0,52)
11	Cuando tomo una decisión la llevo a cabo con la conducta que considero más adecuada, teniendo en cuenta las características de dicha decisión y de las circunstancias que me rodean.	2,17 (0,98)
12	Incluso después de haber tomado una decisión, demoro más de lo necesario su puesta en práctica	0,37 (0,61)
13	Después de tomar una decisión, tiendo a infravalorar las alternativas que no elegí.	0,40 (0,49)
14	Cuando tengo que tomar una decisión, me gusta reunir toda la información posible acerca de lo ocurrido.	2,20 (0,96)
15	Evito tomar demasiadas decisiones	0,43 (0,56)
16	Cuando tengo que tomar una decisión, solo quiero obtener información de la alternativa que prefiero	0,30 (0,65)
17	Cuando tengo que tomar una decisión importante, espero demasiado tiempo antes de tomarla.	0,57 (0,72)
18	No me gusta asumir la responsabilidad que conlleva el tomar decisiones.	0,43 (0,56)
19	Procuro tener claros mis objetivos antes de elegir una alternativa.	2,33 (1,12)
20	Me olvido, o no valoro de forma adecuada, la información importante acerca de las posibles alternativas de elección.	0,33 (0,66)
21	La posibilidad de que alguna cosa vaya mal después de tomar la decisión, por muy pequeña que sea, hace que piense demasiado la decisión a tomar.	1,10 (0,92)
22	Si una decisión puede ser tomada por mí o por otra persona, dejo a la otra persona que la tome.	0,67 (0,54)
23	Siempre que me enfrento a una decisión difícil me siento pesimista a la hora de encontrar una buena solución.	0,43 (0,56)
24	Tomo muchas precauciones antes de tomar una decisión importante.	1,90 (0,80)
25	Tomo decisiones basándome en aspectos pequeños y sin importancia	0,27 (0,45)
26	No tomo decisiones extremas a menos que realmente me vea forzado/a ello.	0,87 (1,04)
27	Demoro el tomar decisiones importantes hasta que es demasiado tarde.	0,27 (0,52)
28	Me dejo influir por las personas que están mejor informadas que yo.	1,73 (0,78)
29	Demoro el tomar decisiones importantes	0,97 (0,71)
30	No puedo pensar con claridad si tengo que tomar decisiones apresuradamente.	0,80 (0,76)
	FACTOR	
1	Estrés en la toma de decisiones (ítems : 1, 2, 5, 6, 8, 9, 10 12,16, 17, 21, 23, 24, 26, 27, 29, 30 y 31)	12,37 (5,89)
2	Decision rápida con incertidumbre (ítems: 3, 4, 7, 14, 18 y 20)	7,73 (2,55)
3	Determinación y compromiso en la toma de decisiones (ítems: 11, 15, 19, 22 y 28)	7,33 (2,04)

Consenso de las propuestas de mejora para aumentar la eficacia de la toma de decisiones

Los primeros resultados que dan respuesta al objetivo 2.4 proceden del análisis temático de las tres propuestas de mejora que cada participante mencionó en los ejercicios individuales que realizaron antes de la tercera sesión formativa. Se leyeron detenida y repetidamente las 87 respuestas (ANEXO 32) y se elaboró un primer listado de propuestas que más se repetían. Mediante un proceso de abstracción se eliminaron los datos redundantes y sin sentido, se fragmentó el texto en unidades que posteriormente se recompusieron, creando, clasificando, juntando y ordenando categorías para volver a construir propuestas más comprensibles. De las 87 propuestas de mejora se obtuvieron las siguientes subcategorías y categorías:

Tabla 47. Matriz de codificación resultante del análisis de las decisiones que más toman los profesionales de enfermería en el cuidado de pacientes crónicos con necesidades complejas

CATEGORIAS	SUBCATEGORÍAS
Plan terapéutico	1.1 Implementación y evaluación periódica <ul style="list-style-type: none"> • Tener en cuenta la opinión de los tres turnos • Tener un plan de cuidados individualizado de cada paciente 1.2 Actualizar Historia Clínica Compartida semanalmente
Parte de enfermería	2.1 Considerar el pase de parte como elemento indispensable de cada turno <ul style="list-style-type: none"> • Enfermera-enfermera • Enfermera-TCAE • Médico-Enfermera • Otros profesionales 2.2 Utilizar pizarra informativa para anotar la enfermera y médico referente del paciente y la información relevante
Formación continua e investigación	3.1 Formación interdisciplinar en: <ul style="list-style-type: none"> • Demencias • Toma de decisiones • Trabajo en equipo • Comunicación terapéutica • Paciente crónico complejo 3.2 Ampliar días de formación
Continuidad asistencial entre niveles asistenciales	4.1 Establecer itinerarios y circuitos de seguimiento del paciente después del alta. 4.2 Sesiones conjuntas Atención especializada y Atención Primaria <ul style="list-style-type: none"> • Sesiones periódicas mensuales entre enfermería de ATDOM, EAIA y PADES. • Reunión semanal con gestión de casos de primaria y gestión de casos hospital • Aumentar el contacto telefónico entre la enfermera referente del paciente de primaria, la enfermera de PADES y la de EAIA • Incorporación en las reuniones de enfermería de practica avanzada del sociosanitario de las enfermeras de atención primaria las de atención domiciliaria y gestión de casos. Sesiones mensuales. 4.3 Ampliar el soporte de Atención domiciliaria noches y fin de semana

	4.4 Tener acceso directo al personal de ATDOM 4.5 Conocer quiénes son nuestros referentes en cuanto a equipos de soporte al alta (gestora de casos, UFISS, PADES, HD...)
Escalas de valoración	5.1 Implementación periódica desde el ingreso hasta el alta <ul style="list-style-type: none"> • Barthel • Índice de Fragilidad • Implementarlo en el ámbito de urgencias con especial atención. • Braden • Downton • NECPAL • EVA Zarit
Implicación familiar en el proceso de cuidados y en la toma de decisiones	6.1 Mejorar acogida en el momento del ingreso <ul style="list-style-type: none"> • Tríptico explicativo de la dinámica y objetivos de la unidad 6.2 Indagar más en el conocimiento sobre su entorno social y familiar (consulta historia social, identificar cuidador principal, entrevista familiar...) 6.3 Reuniones grupales entre cuidadores/familiares y profesionales de enfermería para compartir experiencias/dudas e inquietudes
7.Circuitos internos y derivación a otros profesionales	7.1 Tener identificados los profesionales expertos que existen en la institución (lesiones por presión, colostomías...) 7.2 Establecer itinerarios de atención desde urgencias hasta las unidades de hospitalización 7.3 Crear un área de urgencias específica para la atención a estos pacientes con profesionales médicos (geriatras) y enfermeras expertas en cronicidad y geriatría
8. Protocolos y guías de práctica clínica	8.1 Elaboración interdisciplinaria
9.Implementación consulta telefónica (Call Center)	9.1 Liderada por enfermería 7días/24horas 9.2 Llamar a los pacientes a las 24h-48h del alta
10. Trabajo en equipo	10.1 Reorganizar tareas 10.2 Pasar visita junto con el médico para mejorar la valoración y seguimiento del paciente, así como su grado de seguridad y satisfacción.
11. Recursos humanos	11.1 Ampliar cobertura de profesionales médicos y enfermeros
12. Educación terapéutica	12.1 Tener información sobre los recursos sociales que existentes en la comunidad para poder dar mejor salida al paciente en el momento del alta. 12.2 Implementarla como herramienta básica del proceso de cuidados de estos pacientes <ul style="list-style-type: none"> • Empoderamiento • Autocuidado Participación paciente/familia
13. Pre-alta de enfermería	13.1 Implementar la prealta de enfermería en todos los servicios 13.2 Mejorar la prealta con una valoración enfermera más detallada e integral

Tal como muestra la tabla 47 las categorías establecidas hacen referencia principalmente a 4 grupos de propuestas de mejora. Por un lado, a propuestas de mejora relacionadas con implementar instrumentos e intervenciones que deben ser evaluadas durante todo el proceso de cuidados como son, el plan terapéutico, escalas de valoración, protocolos y guías de práctica clínica y la educación terapéutica. Por otro lado, se identifican categorías que hacen referencia a propuestas que ayudan a garantizar la continuidad asistencial entre los diferentes niveles de atención como son, establecer mejoras en el parte

de enfermería, sesiones conjuntas entre Atención Primaria y Atención Especializada, circuitos de derivación, implementación de la consulta telefónica y mejorar en el documento de prealta. Otro grupo que se puede observar es el de propuestas dirigidas a mejorar la implicación familiar en el proceso de cuidado y en la toma de decisiones y, por último, dos grupos de categorías más, las relacionadas con la mejora de la formación de los profesionales y propuestas de mejora en relación con el trabajo en equipo.

Estas subcategorías y categorías se agruparon y se redefinieron para describir las 20 propuestas de mejora finales que fueron sometidas a consenso mediante el Health Consensus (HC) en la muestra de las enfermeras de la Corporación Sanitaria Parc Taulí y de las que a continuación, se describen los resultados descriptivos (media y desviación estándar). Los casos válidos totales fueron de n=30 (100%).

Tabla 48. Estadísticos descriptivos de las propuestas de mejora sometidas a consenso mediante HC en CSPT

	Propuestas de mejora	Media (DE)
1	Implementación del plan terapéutico de forma periódica teniendo en cuenta la valoración de los profesionales implicados en el cuidado del paciente	3,00 (0,00)
2	Revisión del plan terapéutico y actualización de la Historia Clínica compartida semanalmente	2,87 (0,34)
3	Implicación de la familia en el plan terapéutico y proceso de cuidados del paciente, revisando con ellos objetivos de intervención y evaluación	2,30 (0,53)
4	Creación de un área de urgencias específica con un equipo experto en el cuidado de paciente crónico con necesidades complejas	2,90 (0,40)
5	Diseño de protocolos y guías de práctica clínica para dar respuesta a los pacientes crónicos con necesidades complejas	2,87 (0,34)
6	Creación de un servicio de atención domiciliaria urgente sobre todo para las noches y fin de semana	2,50 (0,86)
7	Implementación de un "call center" liderado por enfermeras/os expertas/os en el cuidado de estos pacientes en los servicios de más prevalencia de ingresos de este tipo de pacientes	2,97 (0,18)
8	Conocer los servicios internos de que dispone la institución (gestora de casos, enfermera experta en LPP, en ostomías...) y también los equipos de soporte y los circuitos de conexión (PADES, UFISS, Hospitalización Domiciliaria...)	2,97 (0,18)
9	Profundizar en la información que enfermería dispone sobre el contexto social del paciente con necesidades complejas en trayectoria de final de vida	2,97 (0,18)
10	Sesiones formativas periódicas para desarrollar competencias relacionadas con la toma de decisiones, trabajo de equipo, comunicación interprofesional...	3,00 (0,00)
11	Reuniones conjuntas con equipos de enfermería de los diferentes niveles asistenciales	2,87 (0,34)
12	Diseño de planes de cuidados individualizados	2,97 (0,18)
13	Mejorar y optimizar el parte de enfermería	2,97 (0,18)
14	Utilizar escalas de medición como el NECPAL o el índice de Fragilidad para conocer los objetivos terapéuticos del paciente y facilitar tomar las decisiones más adecuadas.	3,00 (0,00)
15	Implementación de la educación terapéutica como herramienta básica del proceso de cuidados de estos pacientes	2,97 (0,18)
16	Actualización de todas las escalas de valoración geriátrica ante los cambios de salud del paciente	2,93 (0,36)
17	Realizar el índice de Barthel al ingreso, revisarlo semanalmente y actualizarlo al alta	2,97 (0,18)
18	Realizar informes de alta de enfermería que recojan los problemas enfermeros detectados, su evolución y su situación en el momento del alta.	3,00 (0,00)

19	Implementación de sesiones periódicas mensuales entre enfermería de ATDOM, EAIA y PADES	2,90 (0,30)
20	Reunión semanal con gestión de casos de primaria y gestión de casos del hospital	2,83 (0,37)
TOTAL		57,73 (2,61)

Teniendo en cuenta que el rango de respuesta del cuestionario fue del 0 al 3, considerándose 0= nada, 1= poco, 2=bastante y 3=mucho, se puede observar que todas las propuestas de mejora muestran medias altas, por tanto, la gran mayoría de enfermeras consideraron que estaban muy de acuerdo con que estas propuestas de mejora permitirían mejorar la toma de decisiones en estos pacientes. Las propuestas de mejora consideradas con mayor grado de consenso hacen referencia a los ítems p1 *“implementación del plan terapéutico de forma periódica teniendo en cuenta la valoración de los profesionales implicados en el cuidado del paciente”*, p10 *“Sesiones formativas periódicas para desarrollar competencias relacionadas con la toma de decisiones, trabajo de equipo, comunicación interprofesional.”*, p14 *“utilizar escalas de medición como el NECPAL o el índice de Fragilidad para conocer los objetivos terapéuticos del paciente y facilitar tomar las decisiones más adecuada”*, y p18 *“realizar informes de alta de enfermería que recojan los problemas enfermeros detectados, su evolución y su situación en el momento del alta”*. Por el contrario, las propuestas con menos grado de consenso son las referidas a los ítems p6 *“creación de un servicio de atención domiciliaria urgente sobre todo para las noches y fin de semana”*, y p3 *“implicación de la familia en el plan terapéutico y proceso de cuidados del paciente, revisando con ellos objetivos de intervención y evaluación”*.

Diferencias en los niveles de consenso de las propuestas de mejora en función del género en CPST.

Se establecen las relaciones entre el género y las puntuaciones de las propuestas de mejora sometidas a consenso, siendo los casos válidos totales de n=30 (100%). Las puntuaciones medias se comparan mediante la prueba t de student para muestras independientes. Se estudia la relación entre el grado de consenso y el género. Los resultados se observan en la siguiente tabla 49.

Tabla 49. Puntuaciones medias, significación de hombres y mujeres en las propuestas de mejora sometidas a consenso mediante el Health Consensus en la muestra del CSPT.

	Propuestas de mejora	MEDIA (DE) MUJERES	MEDIA (DE) HOMBRES	t	p
1	Implementación del plan terapéutico de forma periódica teniendo en cuenta la valoración de los profesionales implicados en el cuidado del paciente	2,42 (0,90)	3,00 (0,00)	1,26	0,00**
2	Revisión del plan terapéutico y actualización de la Historia Clínica compartida semanalmente	2,46 (0,81)	3,00 (2,85)	0,82	0,05*
3	Implicación de la familia en el plan terapéutico y proceso de cuidados del paciente, revisando con ellos objetivos de intervención y evaluación	2,31 (0,84)	2,25 (0,50)	-0,19	0,44
4	Creación de un área de urgencias específica con un equipo experto en el cuidado de paciente crónico con necesidades complejas	2,25 (0,95)	3,00 (0,00)	-4,45	0,00**
5	Diseño de protocolos y guías de práctica clínica para dar respuesta a los pacientes crónicos con necesidades complejas	2,85 (0,36)	3,00 (0,00)	0,82	0,05*
6	Creación de un servicio de atención domiciliaria urgente sobre todo para las noches y fin de semana	3,00 (0,00)	3,00 (0,00)	0,36	0,42
7	Implementación de un "call center" liderado por enfermeras/os expertas/os en el cuidado de estos pacientes en los servicios de más prevalencia de ingresos de este tipo de pacientes	2,96 (0,19)	3,00 (0,00)	-2,84	0,00**
8	Conocer los servicios internos de que dispone la institución (gestora de casos, enfermera experta en LPP, en ostomías...) y también los equipos de soporte y los circuitos de conexión (PADES, UFISS, Hospitalización Domiciliaria...)	3,00 (0,00)	2,75 (0,50)	0,38	0,42
9	Profundizar en la información que enfermería dispone sobre el contexto social del paciente con necesidades complejas en trayectoria de final de vida	3,00 (0,00)	2,96 (0,19)	0,38	0,42
10	Sesiones formativas periódicas para desarrollar competencias relacionadas con la toma de decisiones, trabajo de equipo, comunicación interprofesional...	2,96 (0,19)	3,00 (0,00)	0,82	0,05*
11	Reuniones conjuntas con equipos de enfermería de los diferentes niveles asistenciales	2,85 (0,36)	3,00 (0,00)	0,38	0,42
12	Diseño de planes de cuidados individualizados	2,96 (0,19)	3,00 (0,00)	0,38	0,42
13	Mejorar y optimizar el parte de enfermería	2,96 (0,19)	3,00 (0,00)	0,38	0,42
14	Utilizar escalas de medición como el NECPAL o el índice de Fragilidad para conocer los objetivos terapéuticos del paciente y facilitar tomar las decisiones más adecuadas.	3,00 (0,00)	3,00 (0,00)	0,36	0,25
15	Implementación de la educación terapéutica como herramienta básica del proceso de cuidados de estos pacientes	2,96 (0,19)	3,00 (0,00)	0,38	0,42
16	Actualización de todas las escalas de valoración geriátrica ante los cambios de salud del paciente	2,92 (0,39)	3,00 (0,00)	0,38	0,42
17	Realizar el índice de Barthel al ingreso, revisarlo semanalmente y actualizarlo al alta	3,00 (0,00)	3,00 (0,00)	0,36	0,25
18	Realizar informes de alta de enfermería que recojan los problemas enfermeros detectados, su evolución y su situación en el momento del alta.	2,88 (0,32)	3,00 (0,00)	0,38	0,42
19	Implementación de sesiones periódicas mensuales entre enfermería de ATDOM, EAIA y PADES	2,85 (0,36)	2,75 (0,50)	0,69	0,12
20	Reunión semanal con gestión de casos de primaria y gestión de casos del hospital	2,85 (0,36)	3,00 (0,00)	-0,46	0,40

* p < 0,05, ** p < 0,01

Se observa en los resultados, que las propuestas relacionadas con los ítems p1 “Implementación del plan terapéutico de forma periódica teniendo en cuenta la valoración de los profesionales implicados en el cuidado del paciente”, p2 “Revisión del plan terapéutico y actualización de la Historia Clínica compartida semanalmente”, p4 “Creación de un área de urgencias específica con un equipo experto en el cuidado de paciente crónico con necesidades complejas”, p5 “Diseño de protocolos y guías de práctica clínica para dar respuesta a los pacientes crónicos con necesidades complejas”, p7 “Implementación de un “call center” liderado por enfermeras/os expertas/os en el cuidado de estos pacientes en los servicios de más prevalencia de ingresos de este tipo de pacientes” y p10 “Sesiones formativas periódicas para desarrollar competencias relacionadas con la toma de decisiones, trabajo de equipo, comunicación interprofesional” tienen una relación significativa con el género. Siendo esta de $p < 0,05$ en los ítems p2, p5 y p10 y de $p < 0,01$ en los ítems p1, p4 y p7.

Diferencias en los niveles de consenso de las propuestas de mejora en función del turno en CPST.

Para comparar los niveles de consenso según el turno de noche, se comparan las medias en los diferentes turnos. Los casos válidos totales fueron de $n=30$ (100%). A través del análisis de las medias, se observa que el turno de mañana es el que presenta valores más elevados, siendo esta relación no significativa e indicando que no hay diferencia entre los niveles de consenso y en función del turno. Los resultados se observan en la siguiente tabla.

Tabla 50. Puntuaciones medias y significación de las propuestas de mejora sometidas a consenso mediante el Health Consensus en la muestra del CSPT según el turno de trabajo.

	MAÑANA	TARDE	NOCHE	TOTAL	F	p
MEDIA (DE)	58,33 (1,75)	57,36 (3,52)	56,5 (2,38)	57,73 (2,61)	2,05	0,09
N	n=15	n=11	n=4	N=30		

Diferencias entre los niveles de consenso de las propuestas de mejora en función de la unidad CSPT.

Se analiza la relación entre los niveles de consenso y la unidad en la que trabajan los profesionales de la muestra. Los casos válidos totales fueron de $n=30$ (100%). Los resultados se observan en la siguiente tabla.

Tabla 51. Puntuaciones medias y significación de las propuestas de mejora sometidas a consenso mediante el Health Consensus en la muestra del CSPT según la unidad de trabajo.

SERVICIO	MEDIA (DE)	N
UGA	58,75 (0,95)	n=4
PSICO	57,00 (0,00)	n=2
CONVA	58,83 (0,75)	n=6
DOMICI	60,00 (0,00)	n=2
PCC	59,20 (0,83)	n=5
UFISS	60,00 (0,00)	n=1
EAIA	60,00 (0,00)	n=1
MED INT	55,40 (2,07)	n=5
URG	52,50 (6,36)	n=2
HOSPITA NEUMO	56,00 (0,00)	n=2
TOTAL	57,73 (2,61)	N=30
F	3,78	
p	0,06	

UGA (Unidad de agudos de Geriátria); PSICO (unidad de psicogeriatría); AGUDOS CARDIO (agudos de cardiología); CONVA (unidad de convalecencia); DOMICIALIA; PCC (Paciente crónico complejo), UFISS (Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria); EAIA (Equipo Evaluación integral ambulatoria); MED INT (medicina interna), URG (urgencias), HOSPITA NEUMO (hospital de neumología).

A través de la comparación de las medias, se observa que el servicio Atención domiciliaria, UFFIS Y EAIA presentan los valores más elevados, por tanto, existe más consenso en relación con las propuestas de mejora para la toma de decisiones. Además, el Anova de un factor evidencia que las diferencias de esta relación según el servicio en el cual desarrollan su trabajo los integrantes de la muestra no son significativas e indicando que no hay diferencia entre los niveles de consenso y en función de la unidad.

Diferencia entre los niveles de consenso de las propuestas de mejora en función de la experiencia CSPT.

Se estudia la relación del nivel de consenso según la experiencia de los profesionales del CSPT. Los casos válidos totales fueron de n=30 (100%).

Tabla 52. Puntuaciones medias y significación de las propuestas de mejora sometidas a consenso mediante el Health Consensus en la muestra del CSPT según los años de experiencia laboral.

	>15a	16 a 20a	< 20a	TOTAL	F	p
MEDIA (DE)	58,46 (1,45)	55,00 (3,65)	58,70 (1,63)	57,73 (2,61)	7,15	0,03*
N	n=13	n=7	n=10	N=30		

* p <0,05

En el estudio de las medias del valor de las propuestas sometidas a consenso según la experiencia, se observa que los sujetos que tienen más de 20 años de experiencia asistencial presentan valores más elevados. Como puede verse, las diferencias entre las puntuaciones de ambas muestras son muy similares en todos los casos, siendo las diferencias significativas ($p < 0,05$). Los resultados indican que hay diferencias entre los niveles de consenso en función de la experiencia de cada uno de los participantes en la muestra

Evaluación de la herramienta Health Consensus como herramienta pedagógica útil para potenciar la reflexión grupal y generar consenso.

Los participantes de la acción formativa, antes de la primera sesión y de forma individual rellenaron el cuestionario IEMACH-ARCHO. Posteriormente, durante la primera sesión y después de una reflexión grupal lo rellenaron de nuevo. A continuación, se muestran los resultados descriptivos (media y desviación estándar) de las dimensiones y el valor total del cuestionario IEMACH-ARCHO **rellenado individualmente y previo a la reflexión grupal** de los participantes del Parc Taulí. Estos resultados obtenidos dan respuesta al objetivo 2.5 de esta investigación. Los casos válidos totales fueron de $n=30$ (100%).

Tabla 53. Descriptivos (media y DE) de las dimensiones del cuestionario IEMACH-ARCHO previa a la reflexión grupal en CSPT (N=30).

Dimensiones	IEMACH-ARCHO	Media (DE)
DIMEN.3	MODELO ASISTENCIAL.	70,30 (7,72)
DIMEN3.1	ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE.	9,33 (2,61)
DIMEN3.2	COMPETENCIAS PROFESIONALES.	14,40 (3,16)
DIMEN3.3	TRABAJO EN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR.	10,53 (2,27)
DIMEN3.4	INTEGRACIÓN Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL.	12,63 (2,17)
DIMEN3.5	SEGUIMIENTO ACTIVO DEL PACIENTE.	12,77 (2,38)
DIMEN3.6	INNOVACIÓN EN LAS INTERACCIONES ENTRE PACIENTES Y PROFESIONALES.	7,10 (2,10)
DIMEN3.7	GESTIÓN CLÍNICA DE LA CRONICIDAD Y SISTEMAS DE INCENTIVOS.	3,53 (1,25)
DIME.4	APOYO AL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE.	20,83 (2,40)
DIMEN4.2	EDUCACIÓN TERAPÉUTICA ESTRUCTURADA.	3,13 (0,86)
DIMEN4.3	ACTIVACIÓN PSICOSOCIAL DEL PACIENTE.	4,80 (1,40)
DIMEN4.5	HERRAMIENTAS PARA FACILITAR EL AUTOCUIDADO.	3,50 (0,68)
DIMEN4.4	TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA.	9,40 (1,47)
DIMEN.5	APOYO A LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS.	6,13 (0,97)
DIMEN5.1	PROTOCOLOS Y GUÍAS COMPARATIDAS.	2,97 (0,89)
DIMEN5.2	FORMACIÓN CONTINUADA.	3,17 (0,64)
TOTAL		97,27 (9,09)

A continuación, se muestran los resultados descriptivos (media y desviación estándar) de los ítems del instrumento IEMACH-ARCHO **posterior a la reflexión grupal y consenso**. Los casos válidos totales fueron de $n=30$ (100%).

Tabla 54. Descriptivos (media y DE) de las dimensiones del cuestionario IEMACH-ARCHO posterior a la reflexión grupal en CSPT (N=30).

Dimensiones IEMACH-ARCHO	Media (DE)
DIMEN.3 MODELO ASISTENCIAL.	83,00 (18,15)
DIMEN.3.1 ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE.	11,33 (3,30)
DIMEN.3.2 COMPETENCIAS PROFESIONALES.	11,33 (3,30)
DIMEN.3.3 TRABAJO EN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR.	13,93 (3,30)
DIMEN.3.4 INTEGRACIÓN Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL.	14,17 (3,53)
DIMEN.3.5 SEGUIMIENTO ACTIVO DEL PACIENTE.	11,67 (3,10)
DIMEN.3.6 INNOVACIÓN EN LAS INTERACCIONES ENTRE PACIENTES Y PROFESIONALES.	13,57 (3,65)
DIMEN.3.7 GESTIÓN CLÍNICA DE LA CRONICIDAD Y SISTEMAS DE INCENTIVOS.	10,37 (2,52)
DIMEN.4 APOYO AL AUTOCAUIDADO DEL PACIENTE.	21,97 (5,49)
DIMEN.4.2 EDUCACIÓN TERAPÉUTICA ESTRUCTURADA.	3,47 (1,25)
DIMEN.4.3 ACTIVACIÓN PSICOSOCIAL DEL PACIENTE.	4,93 (2,34)
DIMEN.4.4 HERRAMIENTAS PARA FACILITAR EL AUTOCAUIDADO.	9,80 (2,79)
DIMEN.4.5 TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA.	3,77 (1,15)
DIMEN.5 APOYO A LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS.	6,90 (1,84)
DIMEN.5.1 PROTOCOLOS Y GUÍAS COMPARATIDAS.	3,63 (1,06)
DIMEN.5.2 FORMACIÓN CONTINUADA.	3,27 (1,08)
TOTAL	111,87 (24,76)

Se compararon las medias para valorar la eficacia de la herramienta Health Consensus como herramienta pedagógica útil para potenciar la reflexión grupal y el consenso, observándose su aumento después de la reflexión grupal. Se puede observar que las medias de las dimensiones, a excepción de la dimensión 2.3 (competencias profesionales) y la dimensión 3.5 (seguimiento activo del paciente) son mayores en la medición posterior a la reflexión, incluyendo la medida total del cuestionario. No obstante, tal como puede observarse en la tabla x, el ANOVA de un factor evidencia que las diferencias no son significativas ($p>0,05$).

Tabla 55. Comparación de las medias de la herramienta Health Consensus pre y post reflexión en CSPT (N=30).

	Pre-reflexión grupal	Post-Reflexión grupal	F	p
Media consenso	97,27 (9,09)	111 (24,76)	2,35	0.068
Total (DE)				

Seguidamente, se muestran los datos obtenidos en el Hospital del Vendrell que como previamente se ha detallado en el apartado de metodología, fueron utilizados únicamente para aumentar la muestra de participantes y valorar la eficacia de la herramienta. A continuación, se muestran los resultados descriptivos (media y desviación estándar) de las dimensiones y el valor total del instrumento IEMACH-ARCHO **rellenado individualmente y**

previo a la reflexión grupal de los participantes del Hospital del Vendrell. Los casos válidos totales fueron de n=20 (100%).

Tabla 56. Descriptivos (media y DE) de las dimensiones del cuestionario IEMACH-ARCHO previa a la reflexión grupal en Hospital de Vendrell (N=20).

Dimensiones IEMACH-ARCHO	Media (DE)
DIMEN.3 MODELO ASISTENCIAL.	65,15 (5,51)
DIMEN.3.1 ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE.	10,05 (1,39)
DIMEN.3.2 COMPETENCIAS PROFESIONALES.	12,40 (2,89)
DIMEN.3.3 TRABAJO EN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR.	9,60 (2,32)
DIMEN.3.4 INTEGRACIÓN Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL.	11,55 (2,21)
DIMEN.3.5 SEGUIMIENTO ACTIVO DEL PACIENTE.	11,45 (2,13)
DIMEN.3.6 INNOVACIÓN EN LAS INTERACCIONES ENTRE PACIENTES Y PROFESIONALES.	6,10 (1,48)
DIMEN.3.7 GESTIÓN CLÍNICA DE LA CRONICIDAD Y SISTEMAS DE INCENTIVOS.	6,70 (1,45)
DIMEN.4 APOYO AL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE.	19,40 (1,90)
DIMEN.4.2 EDUCACIÓN TERAPÉUTICA ESTRUCTURADA.	2,70 (0,80)
DIMEN.4.3 ACTIVACIÓN PSICOSOCIAL DEL PACIENTE.	4,65 (0,98)
DIMEN.4.4 HERRAMIENTAS PARA FACILITAR EL AUTOCUIDADO.	8,70 (1,45)
DIMEN.4.5 TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA.	3,35 (0,81)
DIMEN.5 APOYO A LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS.	5,35 (1,04)
DIMEN.5.1 PROTOCOLOS Y GUÍAS COMPARATIDAS.	2,95 (0,88)
DIMEN.5.2 FORMACIÓN CONTINUADA.	2,40 (0,75)
TOTAL	89,90 (5,92)

Seguidamente, se muestran los resultados descriptivos (media y desviación estándar) de los ítems del instrumento IEMACH-ARCHO posterior a la reflexión grupal y el consenso. Los casos válidos totales fueron de n=20 (100%).

Tabla 57. Descriptivos (media y DE) de las dimensiones del cuestionario IEMACH-ARCHO posterior a la reflexión grupal en Hospital de Vendrell (N=20).

Dimensiones IEMACH-ARCHO	Media (DE)
DIMEN.3 MODELO ASISTENCIAL.	73,95 (21,00)
DIMEN.3.1 ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE.	11,15 (3,37)
DIMEN.3.2 COMPETENCIAS PROFESIONALES.	12,55 (3,92)
DIMEN.3.3 TRABAJO EN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR.	12,05 (3,08)
DIMEN.3.4 INTEGRACIÓN Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL.	11,30 (4,04)
DIMEN.3.5 SEGUIMIENTO ACTIVO DEL PACIENTE.	10,85 (3,66)
DIMEN.3.6 INNOVACIÓN EN LAS INTERACCIONES ENTRE PACIENTES Y PROFESIONALES.	9,90 (3,81)
DIMEN.3.7 GESTIÓN CLÍNICA DE LA CRONICIDAD Y SISTEMAS DE INCENTIVOS.	6,15 (2,45)
DIMEN.4 APOYO AL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE.	19,50 (6,03)
DIMEN.4.2 EDUCACIÓN TERAPÉUTICA ESTRUCTURADA.	2,75 (1,16)
DIMEN.4.3 ACTIVACIÓN PSICOSOCIAL DEL PACIENTE.	5,55 (1,95)
DIMEN.4.4 HERRAMIENTAS PARA FACILITAR EL AUTOCUIDADO.	8,40 (2,56)
DIMEN.4.5 TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA.	2,80 (1,32)
DIMEN.5 APOYO A LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS.	5,70 (2,38)
DIMEN.5.1 PROTOCOLOS Y GUÍAS COMPARATIDAS.	2,85 (1,18)
DIMEN.5.2 FORMACIÓN CONTINUADA.	2,85 (1,38)
TOTAL	99,15 (28,45)

Se compararon las medias para valorar la eficacia de la herramienta Health Consensus como herramienta pedagógica útil para potenciar la reflexión grupal y el consenso observándose su aumento después de la reflexión grupal en casi todas las dimensiones del cuestionario.

Se puede observar que las medias de las dimensiones a excepción de la dimensión 3.7 (gestión clínica de la cronicidad y sistemas de incentivos), la dimensión 4.4 (herramientas para facilitar el autocuidado) y la dimensión 4.5 (toma de decisiones compartidas) son mayores en la medición posterior a la reflexión, incluyendo la medida total del cuestionario. No obstante, el ANOVA de un factor evidencia que las diferencias no son significativas ($p > 0,05$).

Tabla 58. Comparación de las medias de la herramienta Health Consensus pre y post reflexión grupal en Vendrell (N=20).

	Pre-reflexión grupal	Post-Reflexión grupal	F	p
Media consenso Total (DE)	89,90 (5,92)	99,15 (28,45)	1,00	0,510

Si se comparan las medias de la herramienta Health Consensus antes y después de la reflexión grupal de los participantes de la acción formativa tanto de la muestra del Parc Tauli como de la del Hospital del Vendrell, se observa que, aunque la media post reflexión es más elevada no existe significación estadística. Se consideró oportuno comparar las medidas de la herramienta Health Consensus teniendo en cuenta la muestra total (CSPT+Hospital El Vendrell), siendo $n=50$. Como se puede observar en la tabla 59, la media posterior a la reflexión grupal es más elevada, constatando que la herramienta favorece la reflexión y el consenso, aunque no existe significación estadística.

Tabla 59. Comparación de las medias de la herramienta Health Consensus pre y post reflexión en CSPT y Vendrell (N=50).

	Pre-reflexión	Post-Reflexión	F	p
Media consenso Total (DE)	103.08 (22.24)	106.78 (26.76)	2,35	0.120

RESULTADOS FASE 3

Los resultados se presentan siguiendo las fases y los objetivos planteados en esta investigación.

Identificación de los aprendizajes que los profesionales pretendían implementar en su puesto de trabajo.

Para la consecución de este objetivo, se realizó un plan de transferencia (anexo...) a través del cual los participantes de la acción formativa identificaron los aprendizajes que habían obtenido mediante la formación y que, a su vez, consideraban eran transferibles a su lugar de trabajo. El análisis de contenido temático de todos los aprendizajes condujo a la creación de tres categorías (Conocimientos, habilidades y actitudes) tomando como referencia a su vez, que son los elementos que forman las competencias profesionales.

Los resultados obtenidos dan respuesta al objetivo 3.1 de esta investigación.

Tabla 60. Matriz de codificación de los aprendizajes adquiridos en cada sesión considerados por los participantes transferibles al puesto de trabajo

APRENDIZAJES ADQUIRIDOS QUE SON TRANSFERIBLES AL PUESTO DE TRABAJO		
	CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
PRIMERA SESIÓN	CONOCIMIENTOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Existencia de la Carpeta personal de salud ✓ Rutas asistenciales para mejorar la atención al paciente crónico con necesidades complejas (IC, PCC, Demencias...) ✓ Concepto de educación terapéutica como elemento indispensable del proceso de cuidado de estos pacientes ✓ Diferencia entre educación e información ✓ Concepto de conciliación farmacológica ✓ Recursos de la institución que se desconocían ✓ Importancia de lo que la evidencia científica explica sobre la atención telefónica 24h para ofrecer atención a las necesidades de los pacientes crónicos con necesidades complejas y sobre todo a sus familiares ✓ Importancia de una atención especializada (equipo de geriatría) a este tipo de paciente agudizado en el ámbito de urgencias. Creación de un equipo experto y de referencia. ✓ Dispositivos del propio hospital y otros ámbitos asistenciales que se desconocían ✓ Protocolos existentes en la institución ✓ Circuito del hospital para poder contactar con la gestora de casos de Atención Primaria ✓ Diferencia entre equipo interdisciplinar y multidisciplinar ✓ Diferencia entre PCC y MACA, crónico y frágil y paciente paliativo y paciente en situación de últimos días ✓ Concepto de vulnerabilidad y lo que esto supone para prevenir futuras complicaciones ✓ Concepto de comorbilidad y su diferencia con el concepto pluripatología ✓ Conocer qué elementos y qué recursos de atención al paciente crónico existen en la institución

	HABILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proceso de cómo iniciar una planificación anticipada (PAD) y la diferencia que existe entre PAD y el documento de voluntades anticipadas (DVA). ✓ Aconsejar el uso de la Carpeta Personal de Salud ✓ Utilizar la educación terapéutica para empoderar al paciente y familia ✓ Cómo activar recursos para mejorar la continuidad asistencial y el alta del paciente ✓ Importancia de los DVA en pacientes MACA ✓ Reforzar el uso de la escala Zarit en el ámbito de atención especializada ✓ Cómo hacer un diagnóstico situacional del paciente ✓ Saber estratificar al paciente según su grado de complejidad (alta, media, baja complejidad)
	ACTITUDES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Importancia del trabajo interdisciplinar ✓ Escucha activa ✓ Relación terapéutica ✓ Motivación ✓ Proactividad ✓ Ser competente
SEGUNDA SESIÓN	CONOCIMIENTOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Escala Índice de Fragilidad como instrumento de trabajo ✓ Diferencia entre dilema ético, conflicto e incertidumbre ✓ Síndromes geriátricos en el contexto de atención a este paciente ✓ Concepto de paciente crónico con necesidades complejas, sus características y sus necesidades de atención ✓ Modelos de toma de decisiones ✓ Escala NECPAL como instrumento importante para la toma de decisiones ✓ Escala Morisky-Green para conocer la adherencia al tratamiento ✓ Circuitos para mejorar la comunicación entre atención especializada y primaria ✓ Herramientas de razonamiento para argumentar nuestras decisiones ✓ Elementos que hay que tener en cuenta antes de tomar una decisión ✓ Decisiones que más toma enfermería en su día a día con estos pacientes
	HABILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cómo priorizar en situaciones de tomar decisiones complejas ✓ Considerar los factores internos y externos que pueden condicionar la decisión a tomar ✓ Implementar la escala de Barthel al ingreso, durante el ingreso y al alta ✓ Rellenar de forma más completa la prealta ✓ Utilizar el índice de Fragilidad-VGI y la escala NECPAL como herramientas necesarias para conocer la situación del paciente y ayudar en la toma de decisiones ✓ Detectar síntomas y signos de alarma de posible aparición de síndromes geriátricos ✓ Utilizar la escala Morisky-Green ✓ Entender el proceso de toma de decisiones ✓ Saber deliberar y razonar ✓ Saber exponer a las familias los beneficios y riesgos, para que puedan pensar en la decisión a tomar ✓ Identificar qué estilo tenemos en tomar decisiones
	ACTITUDES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La importancia de una buena reflexión antes de tomar una decisión (práctica reflexiva) ✓ Conciencia y reflexión sobre los factores internos y externos de cada persona que pueden condicionar la toma de decisiones ✓ Importancia de la gestión de casos ✓ Importancia de la relación terapéutica en la toma de decisiones ✓ Importancia de registrar no sólo los cambios clínicos del paciente sino también los cambios emocionales, psicológicos y sociales. ✓ Tomar conciencia de los posibles resultados antes de tomar la decisión ✓ Ser capaces de argumentar el porqué de nuestras decisiones ✓ Seguridad en la toma de decisiones ✓ Razonar y reflexionar de forma intencionada no mecánica ✓ Motivación ✓ Escucha activa

TERCERA SESIÓN	CONOCIMIENTOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Peso que enfermería debe tener en la toma de decisiones ✓ Estrategias para mejorar la comunicación interprofesional (mejorar registros) ✓ Herramientas para optimizar la información entre turnos ✓ Significado de ser competente ✓ Concepto de juicio clínico ✓ Importancia de implementar herramientas de seguimiento de estos pacientes (Barthel, índice Fragilidad...) ✓ Concepto de empoderamiento individual y colectivo ✓ Indispensable conocer los valores y preferencias del paciente ante cualquier toma de decisión.
	HABILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cómo reorganizar las tareas por turnos (Rugs, prealtas, prescripción no farmacológica...) ✓ Cómo mejorar la gestión del tiempo de atención a estos pacientes ✓ Cómo registrar nuestros cuidados en relación con el abordaje no farmacológico
	ACTITUDES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Necesidad de objetivos consensuados para tomar decisiones ✓ Importancia de la implicación familiar en la toma de decisiones ✓ Necesidad de implicar a todos los turnos en el plan terapéutico y registro previo de objetivos de enfermería ✓ Motivación ✓ Necesidad de crear e implementar un plan de cuidados específico para el paciente frágil y crónico agudizado que es atendido en urgencias ✓ Escucha activa ✓ Importancia del registro de las opiniones de las familias en el curso clínico. ✓ Importancia de evaluar la calidad asistencial que ofrecemos
CUARTA SESIÓN	CONOCIMIENTOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Concepto de transferencia de los aprendizajes ✓ Relación entre pensamiento crítico y aprendizaje significativo ✓ Recursos institucionales que facilitan la aplicación de los aprendizajes conseguidos mediante la formación ✓ Diferencia entre eficacia, efectividad y eficiencia ✓ Concepto de evaluación de impacto y de resultado
	HABILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar los elementos que pueden favorecer o dificultar la transferencia de lo aprendido ✓ Gestionar el tiempo ✓ Pensar y diseñar como evaluar u obtener resultado de algo que se ha aprendido. Evaluar resultados finales.
	ACTITUDES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Motivación ✓ Capacidad ✓ Seguridad ✓ Evitar la rutina de trabajo mecánica y porque “siempre se ha hecho así” ✓ Convencer a los compañeros y gestores de la necesidad de trabajar juntos para implementar cambios y mejoras en la unidad ✓ Intención de mejorar ✓ Escucha activa ✓ No caer en “tenemos mucha carga asistencial” “no tenemos tiempo”

Como se puede observar en la tabla anterior, las sesiones de formación permitieron a los participantes aprender en base a tres dimensiones, aprender conocimientos, habilidades y actitudes, coincidiendo con las dimensiones propias de toda competencia profesional. Recordemos que la metodología del curso fue combinar espacios de reflexión individual y grupal que permitieran pensar en su actividad asistencial diaria. Es por ello por lo que se realizó la formación en las propias instituciones sanitarias con el objetivo de favorecer la transferencia de dichos aprendizajes en su contexto laboral.

La primera sesión permitió adquirir conocimientos en relación con dos temas principales e indispensables como punto de partida de la formación. Por un lado, conocer el perfil de paciente crónico con necesidades complejas, PCC y MACA, y sus conceptos relacionados (Cronicidad, Dependencia, Fragilidad, Complejidad, multimorbilidad, educación terapéutica, conciliación farmacológica) y por otro, conocer el contexto en el que se encuentra esta paciente y en el que se deben tomar las decisiones. En la segunda sesión, los conocimientos adquiridos fueron más en relación con el concepto toma de decisiones, sus modelos e instrumentos de ayuda a la toma de decisión. En la tercera sesión formativa conocieron estrategias para mejorar la comunicación interprofesional, nuevos roles enfermeros en el contexto de atención a estos pacientes, significado de ser competente, tener juicio clínico y empoderamiento y por último en la cuarta sesión aprendieron conceptos relacionados con la transferencia del aprendizaje, el pensamiento crítico, tipos de aprendizajes, evaluación y sobre todo conocieron que recursos facilitan o dificultan la toma de decisiones.

En cuanto a las habilidades que aprendieron en la primera sesión destacan las relacionadas con el saber hacer un diagnóstico situacional del paciente, saber estratificar al paciente según su grado de complejidad y fragilidad, saber activar recursos para mejorar la continuidad asistencial de estos pacientes. En la segunda sesión aprendieron más habilidades relacionadas con la detección y priorización de situaciones que generan tomar decisiones complejas, factores internos y externos que pueden condicionar la decisión, deliberación y razonamiento y en la tercera sesión aprendieron más habilidades relacionadas con la reorganización, la gestión del tiempo y el registro.

En relación con las actitudes destacan muchas, pero se repiten como aprendizaje en todas las sesiones, la reflexión sobre la práctica, la motivación, seguridad, escucha activa y argumentación.

Identificación de los elementos que facilitan o dificultan la transferencia de los aprendizajes desde la opinión del profesional y sus responsables

En relación con los resultados sobre la identificación de los elementos que intervienen en la transferencia de los aprendizajes y que dan respuesta al objetivo 3.2 de esta investigación, se observa que todos los aprendizajes que los participantes aprendieron con la acción formativa estaban relacionados con la toma de decisiones enfermeras en el contexto de atención al paciente crónico con necesidades complejas. Partiendo de esta premisa se les preguntó que identificaran los elementos que consideraban facilitarían o dificultarían la aplicación de lo aprendido en el trabajo obteniendo, después del análisis de contenido las siguientes subcategorías y categorías. Los resultados descritos contienen citas textuales de los participantes y se muestran en la siguiente tabla 61.

Tabla 61. Matriz de codificación en relación con los elementos que según las enfermeras que participaron de la acción formativa pueden dificultar o facilitar la transferencia de los aprendizajes. Relación de categorías, subcategorías y citas textuales.

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	CITAS TEXTUALES
Satisfacción con la formación	* Percepción de utilidad de los conocimientos y habilidades aprendidas con la formación	<i>P2“Me ha encantado el curso y además he conocido variedad de instrumentos que pueden facilitarnos la toma de decisiones en estos pacientes con necesidades complejas [...], veremos qué puedo integrar en mi práctica asistencial”.</i>
Grado de conocimientos	*Relación riesgo-beneficio del aprendizaje a implementar	<i>P8“El aprendizaje que más implementaré es implicar más al paciente en su toma de decisiones, conociendo bien sus preferencias y valores [...], consultando más su historia social y teniendo claros los objetivos de su plan de cuidados”</i>
Características propias (origen interno)	*Grado de implicación * Voluntad de transferir lo aprendido *Motivación para transferir	<i>P12“La voluntad de transferir conocimientos adquiridos en mi día a día depende absolutamente de mi” P10“Si quiero aplicar lo aprendido lo haré, si no, no” P25“Nada me impide decidir en qué momento integro lo que he aprendido en mi día a día” P1“la falta de implicación y motivación de algunos profesionales para implementar lo aprendido vendrá dada por su polivalencia</i>
	*Seguridad y confianza *Indecisión	<i>P2“Mi seguridad y certeza de que lo aprendido es útil para mis pacientes de psicogeriatría va por delante de lo que opinen mis compañeros [...], intentaré convencerles”</i>
	*Innovación y creatividad *Romper rutinas de trabajo	<i>P21“Repetir siempre lo mismo, me deprime y no me aporta nada como enfermera” “Integraré varias cosas aprendidas en el curso que me servirán sobre todo para romper rutinas de trabajo [...], la rutina es una mala compañera de trabajo que a su vez te impide transferir lo aprendido”.</i>
	* Grado de estrés	<i>P4 “Me ha gustado el curso, me ha permitido reflexionar, pero tengo pavor a volver a mis mañanas de estrés [...], aunque quiera pasar el índice de fragilidad a mis pacientes que creo que lo necesitan de forma regular, junto con el NECPAL lo veo complicado”</i>
	*Gestión del tiempo	<i>P9“A menudo transferir lo aprendido significa dedicar horas fuera de tu horario laboral, esto no debería ser así” P11“La mayoría de las cosas se dejan de hacer a menudo por falta de tiempo, aunque creamos que sea importante y necesario para el paciente llevarlo a cabo”</i>
	*Capacidad para reflexionar, argumentar y posicionarse	<i>P19“Algo que entorpece decidir el porqué de lo que hacemos, el cuándo y el para quien es el no reflexionar [...], el no posicionarse [...] y el no saber argumentar ante el médico el no estar de acuerdo con la pauta establecida” [...] Tenemos tendencia al conformismo y a la práctica costumbrista” “Debemos presentar evidencias que faciliten la argumentación y reflexión que contribuyan a disminuir la inseguridad y la indecisión a la que a menudo se enfrenta enfermería”</i>
	Soporte de sus compañeros de trabajo y sus responsables Sentirse valorado	*Soporte de sus compañeros de trabajo y sus responsables * Sentirse valorado
*Compromiso con la institución *Sentido de pertinencia * Compartir la política de la organización		<i>P3“Las normas y la manera de funcionar pueden ayudar o dificultar la implementación de los aprendizajes” P8“La implementación de lo aprendido en un inicio será dificultoso por las cargas de trabajo de la unidad, siendo más complicado en el turno de la noche, pero se objetivarán resultados de forma positiva mostrando evidencia en la mejora de la calidad asistencial y registros de enfermería, tal y como marca el plan estratégico institucional”</i>
Carga asistencial		<i>P16“Nuestra voluntad de aplicar lo aprendido en urgencias existe, pero no vemos claro en qué momentos lo podemos hacer, dado que las condiciones de trabajo son a menudo extremas y nos falta tiempo para todo”</i>

Características del entorno (origen externo)		<i>P23“Lo que proponemos implementar supondrá un aumento de la carga laboral en trabajo administrativo, que supondrá una disminución de la asistencia presencial hacia el paciente”</i>
	Falta de recursos materiales y humanos	<i>P10“Nuestra propuesta de mejora es hacer seguimiento de los pacientes dados de alta durante los primeros 3 meses, pero esto requiere de recursos que dudamos podamos tener” “la poca continuidad del personal, la elevada ratio de pacientes por enfermera y la mala organización del hospital dificultará llevar a cabo lo aprendido”</i>
Obtener resultados de los aprendizajes transferidos	Calidad de la atención	<i>P30“Estamos acostumbradas a formarnos, pero nunca nos concentramos en la transferencia de lo que aprendemos” P24“Si integramos lo que hemos aprendido en la unidad y evaluamos su impacto en la satisfacción nuestra y del paciente, la formación tendrá sentido”</i>
Experiencia profesional	Desempeño profesional	<i>P2“Llevar trabajando 23 años como enfermera y siempre con pacientes crónicos, me da un bagaje importante que pienso me ayuda y me facilita a tomar mis propias decisiones en relación con decidir lo que quiero implementar en mi lugar de trabajo.</i>

Se puede observar en la tabla 61 que según las enfermeras que participaron en la acción formativa, los factores que facilitan o dificultan la transferencia de los aprendizajes se pueden dividir en factores externos relacionados con el entorno o factores organizacionales y factores internos o individuales relacionados con la persona que debe implementar lo aprendido. A su vez, se identificaron otros factores como influencia directa en la toma de decisiones que fueron el grado de conocimientos de la enfermera en relación con el riesgo-beneficio del aprendizaje a transferir, su experiencia profesional y la importancia que tiene evaluar y recibir un feedback de los aprendizajes instaurados.

En la tabla 62 se muestran los resultados descriptivos (media, desviación estándar) de la aplicación de los aprendizajes de las enfermeras, a los 3 meses de la formación, según la opinión de sus gestoras responsables y cómo los elementos organizativos y personales pueden dificultar o facilitar la transferencia de dichos aprendizajes. Para conocer la opinión se utilizó el cuestionario para la evaluación de los aprendizajes (Anexo 12). La muestra estuvo formada por diez gestoras del CSPT, siendo los casos válidos totales de $n=10$ (100%). La mayoría de las respuestas son dicotómicas, donde se observa que los resultados mayores se obtienen en las preguntas “¿Ha observado cambios en la actuación profesional de los participantes después de la formación? ¿Cree que existe predisposición ante el cambio en su organización?, ¿Cree que los participantes en la formación reciben soporte para aplicar los aprendizajes conseguidos? y ¿Piensa que los participantes disponen de las competencias necesarias para transferir lo que han aprendido? La respuesta con valores más bajos es la referida a ¿Considera que la organización dispone de los recursos necesarios para que los participantes puedan aplicar los aprendizajes? En relación con las preguntas con respuesta tipo Likert, se observan los resultados con valores más elevados a la pregunta ¿Cree que los participantes están motivados para transferir lo aprendido en su práctica habitual? Y con los valores más bajos a la pregunta ¿Cree que estos cambios serán permanentes en el tiempo?

Tabla 62. Resultados descriptivos de la evaluación del grado aplicación de los aprendizajes por parte de las gestoras CSPT.

Gestora	PCC	PSICO	HOSP	UGA	CONVA	HD	UFISS	UCIAS	PADES	EAIA	MEDIA (DE)
APLICACIÓN DE LOS APRENDIZAJES											
¿Ha observado cambios en la actuación profesional de los participantes después de la formación?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100% SI
¿Cree que estos cambios serán permanentes en el tiempo?	1	3	2	3	1	3	2	3	2	2	2,3 (0,74)
CONDICIONANTES ORGANIZATIVOS											
¿Cree que existe predisposición ante el cambio en su organización?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100% SI
¿Cree que los participantes en la formación reciben soporte para aplicar los aprendizajes conseguidos?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100% SI
¿Considera que la organización dispone de los recursos necesarios para que los participantes puedan aplicar los aprendizajes?	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	40% SI 60% NO
CONDICIONANTES PERSONALES											
¿Piensa que los participantes disponen de las competencias necesarias para transferir lo que han aprendido?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100% SI
¿Cree que los participantes están motivados para transferir lo aprendido en su práctica habitual?	3	2	3	1	3	3	2	3	2	2	2,4 (0,66)

UGA (Unidad de agudos de Geriatría); PSICO (unidad de psicogeriatría); CONVA (unidad de convalecencia); HD (hospitalización domiciliaria); PCC (paciente crónico complejo), UFISS (unidad funcional interdisciplinar sociosanitaria); EAIA (equipo evaluador interdisciplinar ambulatorio); HOSP (hospitalización), URG (urgencias), PADES (programa de atención domiciliaria equipo de soporte).

En relación con los elementos que condicionan la transferencia de los aprendizajes, de los condicionantes administrativos, la totalidad de las gestoras manifiestan que la institución tiene predisposición ante el cambio juntamente con el soporte total de las gestoras de la unidad. El 60% de las gestoras consideró que existe una falta de recursos para que los participantes puedan aplicar los aprendizajes. En cuanto a los condicionantes personales el 100% de las gestoras piensan que sus enfermeras que participaron en la formación tienen las competencias necesarias para transferir lo aprendido y están motivadas.

De la pregunta relacionada con la aplicación de los aprendizajes “¿Ha observado cambios en la actuación profesional de los participantes después de la formación? el 100% de las gestoras observaron estos cambios, aunque un 20% opinaron que poco perdurarían

en el tiempo, un 40% que perdurarían bastante y el 40% restante, mucho. En el mismo contexto, se les preguntó si podían mencionar los cambios más importantes que habían observado y su opinión si perdurarían en el tiempo o no, obteniendo las categorías y subcategorías que se exponen en la siguiente tabla:

Tabla 63. Relación de categorías, subcategorías y citas textuales en relación con los cambios que las gestoras han observado en sus enfermeras después de hacer la formación.

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	CITAS TEXTUALES
1. Cambios que creen perduraran en el tiempo	1.1 Mejora en la implicación *Valoraciones más acuradas del paciente	P9 "Las enfermeras mismas han visto la necesidad de ordenar y registrar mejor la valoración inicial del paciente, escuchan más y se alejan un poco del automatismo del registro"
	1.2 Más receptivas	P4" Están más receptivas ante cualquier propuesta de cambio y más críticas con lo que no funciona.
	1.3 Más críticas 1.4 Toma de conciencia	P10 "Son capaces de hacer crítica constructiva si los resultados no son los esperados"
	1.2 Mejora en los registros de enfermería *Lenguaje estandarizado *Registro clínico, social y emocional *Se evalúan los problemas y mejora su seguimiento	P8 "Un cambio implementado que está funcionando y que ayuda a no perder tiempo es hacer constar el nombre del médico referente del paciente en el parte de enfermería" P10 "El informe de alta de enfermería lo han mejorado muchísimo, sobre todo en relación con la valoración enfermera actual en el momento del alta "el paciente debe irse con una foto en color de su estado, no sin foto o en blanco y negro"
	1.3 Más reflexión como punto de partida *Revisión y modificación	P5 "La formación les ha servido de punto de partida para reflexionar de su práctica diaria y esta reflexión ha llevado consigo planteamientos de revisiones y modificaciones"
	1.4 Mejora de la comunicación con Atención Primaria y registro de esta comunicación *Sesión interna semanal	P9" Actualmente la comunicación entre niveles ha mejorado [...], nos coordinamos con las gestoras de casos y con los equipos de ATDOM vía telefónica o por email [...], las reuniones conjuntas son una oportunidad para mejorar el tránsito del paciente por el sistema.
2. Cambios que creen no perduraran en el tiempo	1.5 Registro escrito de la opinión de los tres turnos previo a la realización del plan terapéutico *Valoraciones integrales *Aumento de la percepción de riesgo de complicaciones	P3" El plan terapéutico es nuestra mejor herramienta en el ámbito sociosanitario que nos permite al equipo parar, reflexionar y poner en común objetivos y planes de cuidados individualizados ... [...], enfermería debe liderar estas sesiones y se ha conseguido que los tres turnos tomen voz al respecto. P5 "Creo que el plan terapéutico es esencial en nuestras funciones. Volver a implementarlo, revisar el documento, mejorarlo y registrarlo en la HCC es una mejora cualitativa para nuestras funciones"
	1.1 Instauración de reuniones diarias médico-enfermera por: *Cambio de facultativos por vacaciones y jubilaciones	P6 "Aunque considero que no debería ser así... [...], los espacios de "parte" entre médico y enfermera deben existir independientemente el médico o la enfermera sea la de plantilla o no" [...] pero la dinámica del día a día a menudo dificulta encontrar el momento y se pasan el "parte" de habitación en habitación.
	1.2 Agilizar los ingresos en planta para evitar que pasen tantas horas en urgencias debido a: *Demora de los traslados por falta de comunicación entre equipos de ambos servicios y falta de celadores	P8 "Aun teniendo la habitación preparada tenemos ingresos que tardan en llegar horas" P3 "Es de suma importancia que un paciente crónico con comorbilidad complicado reduzca las horas de ingreso en un sistema específico como es urgencias. Es por ello que se intenta establecer comunicaciones precoces con los equipos de soporte sociosanitario, pero la logística de los traslados parece ser complicada, porque no hemos conseguido agilizar"
	1.3 Control telefónico post-alta debido a: *Esfuerzo importante fuera de su horario laboral	P3 "la voluntad ha sido excelente y el cumplimiento también, pero tengo claro que no tendrá continuidad en la unidad"
	1.4 Incorporación del Índice de Fragilidad y escala NECPAL * Falta de formación del resto del equipo * Por falta de implicación	P1 "La incorporación del índice de fragilidad no se ha consolidado del todo, pero de momento están "haciendo campaña" y convenciendo al resto del equipo de la necesidad de utilizar esta herramienta para facilitar la toma de decisiones... [...] En los equipos de PADES y EAIA, al ser un equipo más pequeño lo tendrán más fácil. P2: "Una limitación importante es que el equipo de urgencias es grande y todo el mundo no tiene la misma implicación"
	1.5 Sesiones semanales entre TCAI, enfermeras y médicos y colaboración con familias y pacientes por: *Por falta de motivación e implicación	P1 "Yo creo que el motivo principal es la desmotivación personal, pero al mismo tiempo cabe tener en cuenta que no todas mis enfermeras tienen las mismas habilidades y en esta unidad no hay nadie que "tire del carro"

Los cambios que según la opinión de las gestoras durarían en el tiempo fueron por un lado, cambios relacionados con la propio desarrollo personal (enfermeras más implicadas, reflexivas, críticas y motivadas) y cambios físicos y organizativos (mejora de los registros de enfermería, sesiones semanales entre Atención primaria y especializada, reuniones de equipo interdisciplinar, control telefónico post-alta, incorporación de escalas de valoración y actualización e implementación de los planes terapéuticos).

Evaluación del grado de implementación de las propuestas de mejora diseñadas por los profesionales como resultado de la acción formativa y qué elementos facilitan o dificultan su implementación desde la opinión del profesional y de su responsable

Para evaluar el grado de implementación de las propuestas de mejora que los participantes habían propuesto realizar en su lugar de trabajo se utilizó un cuestionario mixto (anexo x) dirigido a los gestores de enfermería. Los resultados que dan respuesta al objetivo 3.3 de esta investigación, se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 64. Propuestas de mejora que los participantes de la acción formativa plantearon implementar en su unidad de trabajo y su opinión de si las implementaron o no juntamente con la opinión de sus gestoras responsables.

UNIDAD	PROPUESTAS DE MEJORA ESTABLECIDAS	OPINIÓN DE LA/LAS PROF QUE TRABAJAN EN LA UNIDAD	OPINIÓN DE LA GEST UNIDAD
HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA	Implementación del índice de fragilidad-VGI	SI	SI
	Implementación de la escala NECPAL	SI	SI
MEDICINA INTERNA	Implementar sesiones diarias entre médicos y enfermeras	SI	NO
	Tener identificado en el parte de enfermería el médico referente del paciente	SI	SI
UFISS	Augmentar el contacto telefónico con la enfermera referente de AP, ámbito Sociosanitario y ámbito hospitalario	SI	SI
	Implementación del índice de fragilidad-VGI	SI	SI
URGENCIAS	Implementación del índice de fragilidad-VGI	SI	SI
	Implementación de la escala NECPAL	SI	SI

	Implementar la escala Barthel	SI	SI
CONVALESCENCIA	Registrar la valoración de enfermería de los tres turnos previo la realización del plan terapéutico.	SI	SI
	Revalorar el Barthel cada quince días y al alta	SI	SI
	Implementación del índice de fragilidad-VGI trabajando junto con las familias	SI	SI
PSICOGERIATRIA	Implementar en la prealta una valoración enfermera más detallada e integral	SI	SI
	Implementar el índice de fragilidad-VGI	SI	SI
	Registrar la valoración de enfermería de los tres turnos previo la realización del plan terapéutico.	SI	SI
PADES/EAIA	Revisión del plan terapéutico y actualización en la historia clínica compartida de forma semanal.	SI	SI
	Actualizar todas las escalas de la Valoración geriátrica integral, delante de los cambios de salud del paciente.	SI	SI
	Sesiones periódicas mensuales entre enfermería de ATDOM, EAIA y PADES.	SI	SI
	Reunión semanal con gestión de casos de Atención Primaria y gestión de casos del hospital.	SI	SI
	Revisión del plan terapéutico y actualización en la historia clínica compartida de forma semanal.	SI	SI
UGA	Sesiones semanales entre TCAI, enfermeras y médicos	NO	NO
	Seguimiento telefónico al mes i a los tres meses del alta para prever signos de descompensación y valorar intervenciones	SI	SI
PCC	Actualización y registro en el sistema HICS de las escalas BARTHEL, BRADEM, DAUTOW.	SI	SI
	Registrar la valoración de enfermería de los tres turnos previo la realización del plan terapéutico.	SI	SI

Se puede observar que de 23 propuestas de mejora se implementaron 22 de las que 20 coincidieron enfermeras y gestoras que se habían implementado, 1 coincidieron que no se habían implementado siendo ésta las sesiones semanales entre TCAI, enfermeras y médicos en la Unidad Geriátrica de agudos y la propuesta de implementar sesiones diaria

entre médicos y enfermeras en la unidad de medicina interna, las enfermeras respondieron que si se había implementado mientras que las gestoras respondieron que no.

Tabla 65. Resultados descriptivos de la implementación de las propuestas de mejora por parte de las gestoras CSPT.

Gestora (n=10)	PCC	PSICO	HOSP	UGA	CONVA	HD	UFISS	UCIAS	PADES	EAIA	ME DIA (DE)
PROPUESTAS DE MEJORA IMPLEMENTADAS											
¿Se han podido llevar a cabo las propuestas de mejora planteadas por sus trabajadores participantes en la sesión formativa?	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	80% SI 20% NO
¿Cuál es su valoración en cuanto a su pertinencia y utilidad?	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

PCC: paciente crónico complejo; Psico: Psicogeriatría; Hosp: Hospitalización; UGA:unidad geriátrica de agudos, Conva: convalecencia; HD: hospitalización domiciliaria; UFISS:unidad funcional interdisciplinaria sociosanitaria; UCIAS; PADES: programa de atención domiciliaria equipo de soporte; EAIA: equipo de evaluación integral ambulatoria.

En la tabla 65 se muestran los resultados descriptivos de la evaluación por parte de las gestoras del grado de implementación de las propuestas de mejora. La muestra estuvo formada por 10 gestoras asistenciales del CSPT, siendo los casos válidos totales de n=10 (100%). Se observa que la mayoría de las responsables (80%) consideran que se han podido llevar a cabo las diferentes propuestas de mejora considerándolas todas ellas útiles y pertinentes.

Tabla 66. Resultados descriptivos de la evaluación del grado de implementación de las propuestas de mejora por parte de los profesionales CSPT.

Preguntas	SI	NO	ALGUNOS
¿Se ha podido llevar a cabo la propuesta planteada?	87%	13%	0%
¿Los objetivos planteados, se han cumplido?	46,66%	23,33%	30%

En la tabla 66 se muestran los resultados descriptivos de la evaluación por parte de los profesionales del grado de implementación de las propuestas de mejora. La muestra estuvo formada por 30 profesionales del CSPT, siendo los casos válidos totales de n=30 (100%). Se observa que la mayoría (87%) manifestaron haber implementado, durante los 3

meses posteriores a la formación, las propuestas de mejora. Por otro lado, un 46% manifiesta haber cumplido con todos sus objetivos, un 30% algunos y el 23% ninguno.

Seguidamente, en la tabla 67 se describen los factores que según las enfermeras y sus responsables han facilitado o dificultado la implementación de las propuestas de mejora.

Por parte de las gestoras, la mejora de la calidad asistencial, el partir las enfermeras de una necesidad, la formación motivadora que les despertó un espíritu crítico y la coherencia entre lo que aprendieron y necesitaban aprender fueron los factores que más facilitaron el cambio. Por otra parte, las enfermeras consideraron que lo que más ayudó fue la calidad asistencial ofrecida, el soporte de la gestora de la unidad y la satisfacción personal.

Los factores comunes y con porcentajes parecidos, que tanto enfermeras como gestoras han identificado como **facilitadores de la implementación de la propuesta** son la buena relación entre el equipo, la mejora de la calidad asistencial que se deriva de la mejora establecida y la motivación del equipo para llevar a cabo la propuesta.

Tabla 67. Resultados descriptivos de los factores que según las enfermeras del CSPT y sus gestoras han facilitado la implementación de las propuestas.

FACTORES QUE HAN FACILITADO LA IMPLEMENTACIÓN DE LA PROPUESTA	OPINIÓN DE LAS GESTORAS (n=10)	OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS (n=30)
	SI	SI
Buena relación entre el equipo interdisciplinar	79,20%	73,34%
Mejora de la calidad asistencial	100%	93,33%
Motivación del equipo para llevar a cabo la propuesta	74%	60%
Identificar la propuesta como una necesidad de las propias enfermeras	100 %	
La estación de trabajo clínico (ETC) dispone de escalas de valoración implementadas	83%	
La participación en la acción formativa de una enfermera por turno	80%	
La comparativa de resultados del antes de la intervención y del después	92%	
Formación motivadora que ha despertado el espíritu crítico de las enfermeras participantes	100%	
Coherencia entre lo que se necesita y lo que se aprende	100%	
Buena comunicación entre turnos		43,33%
Conocimiento del índice de Fragilidad		20%
Soporte de la gestora de la unidad		100%
Buena respuesta por parte del resto del equipo		80%
Partir todos de objetivos comunes		26,66%
Conocer la información social del paciente		28%
Satisfacción personal		86,67%

En la tabla 68 se muestran los resultados descriptivos de los factores que han **dificultado la implementación de la propuesta** por parte de los profesionales del CSPT y sus responsables. Los factores que según las gestoras asistenciales más han dificultado la implementación de las propuestas de mejora son el hecho de que los turnos no tuvieran ninguna enfermera que no hubiera realizado la formación, la falta en la historia clínica compartida de espacio para registrar el índice de Fragilidad, la falta de liderazgo enfermero en la toma de decisiones, el registro inadecuado y el poco hábito de revisión y evaluación de lo que se realiza. En cuanto a las enfermeras los factores que más dificultaron la implementación de las propuestas fueron la carga de trabajo, el no entender bien lo que significa comorbilidad en el paciente crónico con necesidades complejas y lo que esto supone, la carga administrativa y el registro inadecuado por falta de tiempo.

Los factores comunes y con porcentajes parecidos, que tanto enfermeras como gestoras han identificado como barreras de la implementación de la propuesta son la falta de tiempo, la carga de trabajo que comporta desgaste profesional, la resistencia a los cambios y dinámicas establecidas, el no entender el concepto de comorbilidad en este paciente y lo que conlleva, la elevada carga administrativa y el registro inadecuado.

Tabla 68. Resultados descriptivos de los factores que según las gestoras y enfermeras del CSPT han dificultado la implementación de las propuestas.

	OPINIÓN DE LAS GESTORAS (n=10)	OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS (n=30)
FACTORES QUE HAN DIFICULTADO LA IMPLEMENTACIÓN DE LA PROPUESTA	SI	SI
Falta de tiempo	85%	93,33%
Carga de trabajo que comporta desgaste profesional	93%	100%
Resistencia a los cambios y dinámicas establecidas	96%	16,66%
No entender lo que conlleva el concepto de comorbilidad en el PCC. Dificultad de identificar los problemas del paciente más allá de los diagnósticos médicos	86,10%	100%
Carga administrativa	65%	100%
Registro inadecuado	100%	100%
Los turnos que no tenían ninguna enfermera que había participado en el curso costaron más de hacer participar	100%	
No existe un lugar específico de la HCC para registrar el índice de Fragilidad	100%	
Falta de liderazgo enfermero en la toma de decisiones	78,10%	
Poco hábito de revisión y evaluación de lo que se hace	100%	
Poca reflexión debido a la presión asistencial continuada	100%	
Poca claridad de los objetivos de trabajo	53%	
Falta de soporte a nivel de formación, recursos y espacios de comunicación por parte de la gestora asistencial	58,5%	

Falta de reconocimiento de las competencias avanzadas por parte de gestión y dirección	68,80%	
Falta de claridad del perfil competencial de las enfermeras que se necesitan para este tipo de pacientes	93%	
Falta de espacios para reuniones	75%	
Rotación del personal (período vacacional, resolución de convocatoria de plazas)	92%	
Falta de seguridad de enfermería		26,66%
Falta de tiempo		93,33%
Tendencia a utilizar más la comunicación oral que los registros		90%
Variedad de horarios		30%
Diferencias entre programa informático AP y AE.		20%
Poca motivación		83,33%
Falta de interés e implicación para llevarlo a cabo		36,66%
Colaboración desigual		76,66%
Rotación de profesionales		26,66%
El espacio de ubicación de los pacientes		3,33%
Falta de conocimiento de las necesidades del PCC		26,66%
No conciencia de trabajo en equipo		53,33%
Poco cumplimiento del registro		100%
Falta de formación sobre el PCC		70%
Falta de comunicación entre turnos		26,66%

Descripción de las evidencias de la implementación de la propuesta y sus resultados

Como se ha comentado anteriormente, las enfermeras que trabajaban en las diferentes unidades y que realizaron la formación implementaron en equipo 20 propuestas. En la tabla... se muestran las propuestas implementadas, los resultados obtenidos y las evidencias presentadas. Dichos resultados dan respuesta al objetivo 3.4 de esta investigación. Las evidencias fueron expuestas presencialmente el último día de la formación que correspondía a la cuarta sesión formativa-evaluativa que se llevó a cabo a los tres meses de las primeras tres sesiones.

Como se observa en la tabla 69 las propuestas de mejora que las enfermeras implementaron en los diferentes servicios fueron relacionadas con la implementación y reevaluación de escalas de valoración (índice de Barthel, índice de fragilidad-VGI, escala NECPAL, Braden, Dawton), la realización de planes terapéuticos teniendo en cuenta la valoración de enfermería de los tres turnos, establecer mejoras en el registro del documento de prealta y establecer sesiones diarias de seguimiento entre equipos interdisciplinares (médico-enfermera), sesiones periódicas entre enfermeras de atención domiciliaria (ATDOM), del Equipo Evaluador Integral Ambulatorio (EAIA) y de PADES y seguimiento telefónico de los pacientes post-alta.

Tabla 69. Propuestas de mejora que las enfermeras implementaron en los diferentes servicios y su relación con la implementación y reevaluación de escalas de valoración.

	PROPUESTAS DE MEJORA	RESULTADOS	EVIDENCIAS DEFENDIDAS DURANTE LA 4ª SESIÓN FORMATIVA
HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA (HD)	1.Implementación del índice de fragilidad-VGI	Se incluyeron en 15 pacientes ingresados en HD, zona sud, de forma prospectiva entre el mes de febrero y mayo de 2018. Tenían 71 años de media de edad, 26 días de media de ingreso. El 53,3% tenían fragilidad moderada, el 33,3% fragilidad leve y el 13,3% fragilidad avanzada. Se dedican 20 minutos al inicio de la jornada laboral del turno para comentar los pacientes conjuntamente y establecer prioridades en el plan de cuidados.	
	2.Implementación de la escala NECPAL		
	3.Implementar sesiones diarias entre médicos y enfermeras		
PADES/EAIA	1. Revisión del plan terapéutico y actualización en la historia clínica compartida (HCC) de forma semanal.	16/04/2018 se reinician las revisiones de los planes terapéuticos y su registro en la HCC	Presentación powerpoint
	2. Actualizar todas las escalas de la Valoración geriátrica integral, delante de los cambios de salud del paciente.	16/04/2018 se inicia la actualización de todas las escalas añadiendo el índice Frágil-VGI	Presentación powerpoint
	3. Sesiones periódicas mensuales entre enfermería de ATDOM, EAIA y PADES.	13/04/2018 se inician las reuniones mensuales	Se presenta a las XXXVII Jornadas Sanitarias del Vallès.
	4. Reunión semanal con gestión de casos de Atención Primaria y gestión de casos del hospital.	Incorporación a partir del 20/04/2018 de profesionales de AP, enfermeras de ATDOM y gestoras de casos a las reuniones de enfermería de práctica avanzada del CSS.	Presentación powerpoint
CONVALESCENCIA	1.Registrar la valoración de enfermería de los tres turnos previo la realización del plan terapéutico.	Registro de la valoración enfermera del turno de mañana, tarde y noche para tener en cuenta en las sesiones de plan terapéutico. En 3 meses se realizaron 12 planes terapéuticos	Excel diseñado para la sesión en la que se favorecía el registro por parte de los tres turnos de enfermería de la valoración del paciente antes de la sesión del plan.
	2.Revalorar el Barthel cada quince días y al alta	Incorporación del Barthel de HCIS al ingreso y cada 15 días a todos los pacientes ingresados en la unidad. hecho que permitió objetivar mejoras y en caso de no mejora de la funcionalidad permitió valorar limitaciones terapéuticas y tomar decisiones	Análisis de la HCIS que permitió ver la evolución del grado de dependencia del paciente a lo largo de los meses en que se realizó la propuesta de mejora
	3.Implementación del índice de fragilidad-VGI trabajando junto con las familias	Los médicos de la unidad ya la utilizaban y esto permitió mejor su aplicación, aunque los resultados permitieron reflexionar y se decidió no pasar indiscriminadamente la escala a todos si no solo a los que sea necesario tomar una decisión en particular.	No presentaron evidencias
UFISS	1. Augmentar el contacto telefónico con la enfermera referente de AP, ámbito Sociosanitario y ámbito hospitalario	Se doblaron las llamadas telefónicas con las enfermeras referentes del paciente de los tres niveles asistenciales consiguiendo mejoras en el día y hora de ingreso, activación más rápida de recursos y satisfacción del paciente, familia y equipo asistencial.	Presentación oral de los beneficios de ambas propuestas de mejora

	2. Implementación del índice de fragilidad-VGI	Se incorporó el índice de Fragilidad con el resto de los cuestionarios y escalas a realizar en las visitas de valoración.	
URGENCIAS	1. Implementación de la escala de Barthel en la valoración enfermera	Se incorporó el registro del Barthel de la Historia Clínica compartida en el momento del ingreso y del alta del paciente	No presentaron evidencias
	2. Implementar el índice de fragilidad-VGI y escala NECPAL	Se realiza propuesta de trabajo de investigación sobre el índice de fragilidad en el ámbito de urgencias y la toma de decisiones	Presentan propuesta enviada al Comité de ética de investigación clínica (CEIC)
PSICOGERIATRÍA	1. Implementar en la prealta una valoración enfermera más detallada e integral	A los tres días antes del alta del paciente se rellenaron el 80% de prealtas correspondientes potenciando el registro del apartado de observaciones.	Dos ejemplos de prealtas sin mostrar el paciente real
	2. Implementar el índice de fragilidad-VGI	De las escalas valoradas durante los 3 meses se concluye que el 40% de los pacientes ingresados en la unidad tienen fragilidad avanzada, el 50% moderada y tal solo un 10% fragilidad leve.	Tabla de Excel con los datos recogidos del índice de fragilidad
	3. Registrar la valoración de enfermería de los tres turnos previo la realización del plan terapéutico.	Semanalmente se realiza un plan terapéutico de mañana y otro de tarde	Hoja de registro diseñada ad-hoc
UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (UGA)			Se presenta a las XXXVII Jornadas Sanitarias del Vallès un estudio descriptivo con las siguientes conclusiones: "Las llamadas telefónicas llevadas a cabo por enfermería tras el alta hospitalaria detectan signos precoces de descompensación que permite activar recursos para evitar los reingresos y es una herramienta muy útil para mejorar el seguimiento de los pacientes."
	1. Seguimiento telefónico al mes i a los tres meses del alta para prever signos de descompensación y valorar intervenciones	Durante los meses de febrero y marzo se realizaron llamadas a las 24h, a la semana y al mes del alta siguiendo una entrevista semiestructurada según los patrones de la Marjory Gordon.	
UNIDAD DE PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO (PCC)	1. Actualización y registro en el sistema HICS de las escalas BARTHEL, BRADEM, DAUTOW.	Se realizaron dos cortes transversales en el tiempo. De los 40 pacientes ingresados en la unidad de PCC se incrementó la revaloración de las escalas en un % importante: Enero/2018 *Barthel 40% *Braden 49% *Downton 35% abril 2018 *Barthel 97,2% *Braden 94,5% *Downton 89,1% Cada enfermera es responsable de la actualización de las escalas de 4-5 pacientes	Presentación powerpoint con gráficos ilustrativos de la mejora
	2. Registrar la valoración de enfermería de los tres turnos previo la realización del plan terapéutico.	Los tres turnos sentían la necesidad de mejorar y se implementó sin problemas.	Hoja de registro diseñada ad-hoc siendo la misma que se diseñó para enfermería de la unidad de psicogeriatría.

Evaluación del grado de satisfacción de los participantes en la acción formativa

A continuación, se muestran los resultados en relación con la evaluación del grado de satisfacción de los participantes en la acción formativa. Se pasaron dos cuestionarios, uno fue el cuestionario de satisfacción que el Plan Institucional de Formación de CSPT tiene diseñado para todas sus formaciones internas y el otro fue el cuestionario FUNDAE diseñado para evaluar la calidad de las formaciones a nivel estatal. Estos resultados dan respuesta al objetivo 3.5 de esta investigación.

Tabla 70. Resultados descriptivos del Cuestionario de Satisfacción de los participantes CSPT. Plan institucional de formación.

Ítems (n=30)	MEDIA (DE)
El nivel del curso ha estado: ✓ Bajo=1 ✓ Adecuado a las necesidades=2 ✓ Alto=3	3 (0,00)
Los conocimientos adquiridos tendrán aplicabilidad en su trabajo: ✓ Antes de los seis meses=1 ✓ A medio plazo (6 a 12 meses) =2 ✓ A largo plazo (más de 1 año) =3	1 (0,00)
La organización del curso (información previa, duración, aula) ha estado: ✓ (Valoración del 1 al 10)	10 (0,00)
Se han conseguido las expectativas que previamente se tenían sobre el curso: ✓ (Valoración del 1 al 10)	9,87 (0,35)
La metodología de impartición (medios, material) ha sido: ✓ (Valoración del 1 al 10)	10 (0,00)
El grado de actualización de los temas ha sido: ✓ (Valoración del 1 al 10)	10 (0,00)
Los docentes exponen de forma clara los contenidos: ✓ (Valoración del 1 al 10)	10 (0,00)
Los docentes favorecen la participación de los alumnos: ✓ (Valoración del 1 al 10)	10 (0,00)
Puntuación global del curso: ✓ (Valoración del 1 al 10)	9,90 (0,31)

La tabla 70 muestra los resultados descriptivos del cuestionario de satisfacción de los participantes en el CPST. Se observa que todos los ítems, a excepción del ítem *“se han conseguido las expectativas que previamente se tenían”* y el ítem *“puntuación global del curso”* han obtenido medias de valor de diez, mostrando la elevada satisfacción con la impartición de este.

A continuación, se muestran los resultados del cuestionario para la evaluación de la calidad de las acciones formativas en el marco del sistema de formación para el empleo. Para evaluar la calidad de las acciones formativas en el marco del sistema de formación para el empleo, se utilizó el cuestionario FUNDAE (Orden TAS 2307/2007, de 27 de julio).

Tabla 71. Cuestionario para la evaluación de la calidad de las acciones formativas en el marco del sistema de formación para el empleo. Formación de demanda (Orden TAS 2307/200/, de 27 de julio).

	Ítems (n=30)	MEDIA (DE)
1.1	El curso ha estado bien organizado (información, cumplimiento de fechas/horarios, entrega material)	4 (0,00)
1.2	El número de alumnos del grupo ha sido adecuado para el desarrollo del curso	4 (0,00)
2.1	Los contenidos del curso se han ajustado a mis necesidades formativas	4 (0,00)
2.2	Ha habido una combinación adecuada de teoría y práctica	4 (0,00)
3.1	La duración del curso ha sido suficiente según los objetivos y contenidos del mismo	3,93 (0,25)
3.2	El horario ha favorecido la asistencia al curso	3,67 (0,61)
4.1	La forma de impartir o tutorizar el curso ha facilitado el aprendizaje	4 (0,00)
4.2	El formador conoce los temas tratados en profundidad	4 (0,00)
5.1	La documentación y materiales entregados son comprensibles y adecuados	4 (0,00)
5.2	Los medios didácticos están actualizados	4 (0,00)
6.1	El aula, taller o las instalaciones han sido apropiadas para el desarrollo del curso	3,77 (0,43)
6.2	Los medios técnicos han sido los adecuados para desarrollar el contenido del curso	4 (0,00)
7.1	Las guías tutoriales y los materiales didácticos han permitido realizar fácilmente el curso	4 (0,00)
7.2	Se han contado con medios de apoyo suficientes	4 (0,00)
8.1	Se ha dispuesto de pruebas de evaluación y autoevaluación que me permiten conocer el nivel de aprendizaje alcanzado **	Si (100%)
8.2	El curso me permite obtener una acreditación donde se reconoce mi cualificación**	Si (100%)
9.1	Puede contribuir a mi incorporación al mercado de trabajo	2,67 (0,61)
9.2	Me ha permitido adquirir nuevas habilidades/capacidades que puedo aplicar al puesto de trabajo	4 (0,00)
9.3	Ha mejorado mis posibilidades para cambiar el puesto de trabajo en la empresa	1,83 (0,38)
9.4	He ampliado conocimientos para progresar en mi carrera profesional	4 (0,00)
9.5	Ha favorecido mi desarrollo profesional	4 (0,00)
10	Grado de satisfacción general con el curso	4 (0,00)

*Todos los ítems se valoran utilizando una escala de puntuación del 1 al 4 (excepto**), siendo 1=nada, 2=poco 3=bastante y 4=mucho.

**Respuesta dicotómica (si/no)

La tabla 70 muestra los resultados descriptivos del cuestionario para la evaluación de la calidad de las acciones formativas en el marco del sistema de formación para el empleo. Se observa que todos los ítems, a excepción del ítem 3.1 *“La duración del curso ha sido suficiente según los objetivos y contenidos del mismo”*, el ítem 3.2 *“El horario ha favorecido la asistencia al curso”*, el ítem 6.1 *“El aula, taller o las instalaciones han sido apropiadas para el desarrollo del curso”*, el ítem 9.1 *“Puede contribuir a mi incorporación al mercado de trabajo”* y el ítem 9.3 *“Ha mejorado mis posibilidades para cambiar el puesto de trabajo en la empresa o fuera de ella”* han obtenido medias de valor de cuatro, mostrando una buena valoración otorgada por parte de la muestra a la impartición del curso realizado.

Cabe decir que en este capítulo, se han mostrado los resultados más relevantes de la investigación que son aquellos que más reflejan lo que se buscaba con los objetivos planteados.

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

“En algún lugar, algo increíble está esperando ser conocido”

(Carl Sagan)

En este apartado se discuten los resultados más relevantes de cada una de las fases que configuran esta investigación contrastados con los estudios del campo de la enfermería y de la educación existentes. Seguidamente se explican las conclusiones más relevantes a las que se ha llegado con este estudio.

DISCUSIÓN

Durante los últimos años, a nivel mundial se están produciendo importantes cambios sociodemográficos. Actualmente el 19% de la población catalana tiene > 65 años y se prevé que aumente a > 33%, con un 12-15% de la población > 80 años, en 2050. Las estadísticas muestran que no solo está aumentando el porcentaje de personas mayores de 65 años, sino también el índice de envejecimiento ¹¹(Institut d'Estadística de Catalunya, 2021). Como dato relevante de este índice de resaltar que el número de personas centenarias en Cataluña pasará de 1700 personas del año 2013 a 21600 personas en el año 2051 (Direcció General de Planificació en Salut del Departament de Salut, 2020a). Una de las consecuencias inmediatas de este efecto es el aumento de pacientes con múltiples enfermedades crónicas que representan más del 50% de la población total (Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, 2019). Además, aproximadamente el 5% de esta población presenta necesidades complejas de salud relacionadas con cargas relevantes de morbilidad (Pla de Salut de Catalunya 2016-2020.)

El presente estudio ha permitido definir este tipo de paciente desde la opinión de las enfermeras que les cuidan considerándose el resultado inicial más importante a conocer

¹¹ Se entiende por índice de envejecimiento el número de personas de más de 65 años respecto al número de personas de menos de 15 años.

para favorecer que todos los participantes de esta investigación, partieran del mismo concepto de paciente. Resaltar que la mayoría de autores asocian la complejidad o bien con la persona y lo definen como paciente crónico complejo (Albertí, Miguélez, Moragues, y Serratusell, 2017; Generalitat de Catalunya. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat, 2020; Lapeña Moñux et al., 2017; Reina y Carrasco, 2016; Rico-Blázquez, Sánchez, y Fuentelsaz, 2014) o bien con la enfermedad y lo mencionan paciente con cronicidad compleja o paciente con enfermedades crónicas complejas (Morales Asencio, 2014; Ruiz et al., 2013). En esta investigación se ha apostado por creer firmemente que los pacientes no son complejos ni sus enfermedades tampoco, si lo son sus necesidades de atención y por tanto, apoyamos el concepto que mencionan otros autores: paciente crónico con necesidades complejas (Generalitat de Catalunya. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat, 2020; Hernansanz et al., 2016; Kuipers et al., 2011). En los resultados del presente estudio los profesionales de enfermería han incluido en la definición de este tipo de paciente variables clínicas ya consideradas por otros autores, como pacientes vulnerables y frágiles (Amblàs-Novellas et al., 2016; Contel, Muntané, y Camp, 2012), con elevada carga de morbilidad (Agència de Salut Pública de Catalunya, 2014), difícil control de síntomas (Contel et al., 2012) y polimedicados (Blumenthal, Chernof, Fulmer, Lumpkin, y Selberg, 2016). Estas variables clínicas mencionadas anteriormente, Albertí, et al. (2017) explica que definen el perfil clínico característico de complejidad y Contel et al. (2012) y Hernansanz et al. (2018) añaden que este perfil clínico se desarrolla en un estado base de vulnerabilidad y fragilidad. Como se puede ver, en la literatura este concepto de paciente crónico con necesidades complejas está muy definido desde la dimensión clínica y en el entorno médico y como menciona Albertí, et al. (2017), la complejidad de este paciente no se puede medir por el número de patologías o por los costes de atención médica que precisa, sino que la complejidad va más allá.

Las enfermeras participantes de esta investigación en sus definiciones de paciente crónico con necesidades complejas reforzaron lo que Gómez-Batiste et al. (2013) defendieron y es que, estos pacientes tan vulnerables requieren más cuidados integrales y humanizados que ofrecerles muchos recursos activados y atención fragmentada. Las enfermeras también comparten con Lapeña et al., (2017) que son pacientes que requieren un alto soporte familiar y el acompañamiento de un equipo comprometido capaz de tener

en cuenta sus valores para tomar decisiones compartidas con el objetivo de paliar al máximo su sufrimiento. En cuanto a este sufrimiento, la mayoría de los autores lo asocian con la complejidad clínica que deriva en síntomas descompensados, pruebas diagnósticas, ingresos recurrentes, tratamientos agresivos y todo ello desde la gestión de patologías (disease management) (Albertí et al., 2017; Gual et al., 2017; Kurtzman y Greene, 2016; Mateo-Abad et al., 2020; McPhail, 2016; Pim Kuipers et al., 2011; Ruiz et al., 2013) pero este estudio aporta que desde la percepción de enfermería el sufrimiento que manifiesta el paciente no es siempre el que se deriva de sus patologías sino el que proviene de la incertidumbre del contexto sanitario en el que se ven inmersos que genera falta de información, de seguimiento, el no saber dónde llamar, ni a quien acudir, tardanza en la asignación de visitas, de pruebas diagnósticas y recursos. Como explica Castañeda-Hernández (2019) la respuesta a este tipo de pacientes requiere una reorientación del modelo de atención curativa, caracterizada por centrarse en procesos agudos o descompensaciones hacia una atención sanitaria que tenga siempre al paciente cerca concediendo más importancia al “cuidar que al curar” y todo ello desde una atención integrada que permita aumentar la satisfacción del paciente por sentirse acompañado y escuchado en el momento que lo necesita y con un tiempo de espera prudencial (p.2).

Estamos ante un escenario que exige un nuevo perfil de enfermeras que tengan más competencias avanzadas (Blažun, Kokol, y Vošner, 2015), sobre todo en relación a competencias clínicas y relacionales (Contel et al., 2012; Gómez-Batiste, Martínez Muñoz, et al., 2013) que faciliten la detección de necesidades y la toma de decisiones (Sastre-Fullana et al., 2015), la capacidad de trabajar en equipo (San Martín-Rodríguez, Soto-Ruiz, y Escalada-Hernández, 2019), la habilidad en el manejo de conflictos (Lafuente Robles et al., 2019; Pucheu, 2018), la capacidad de coordinar recursos (Departament de Salut., 2017) y la capacidad de empoderar a estos pacientes crónicos y a su entorno afectivo (Gómez-Batiste, Martínez Muñoz, et al., 2013). Todas estas competencias son genéricas o transversales y recordemos que no se pueden desarrollar de forma independiente, es decir, una enfermera no puede ser competente únicamente en trabajar en equipo y no serlo en gestionar conflictos, o ser capaz de coordinar recursos de forma efectiva y no tener habilidades de relación. Con esto se pretende decir que todas estas competencias

genéricas se retroalimentan entre ellas y por ello no se pueden desarrollar de forma independiente.

Como se definió en el marco teórico, el concepto de competencia profesional es un término complejo y en continua evolución (Gómez-Rojas, 2015). En este sentido, varios estudios han intentado describir las competencias asociadas a los roles de enfermería sin conseguir consenso en su definición (Church, 2016; Sastre-Fullana et al., 2015). Church (2016) y Juvé et al. (2007) definen la competencia profesional como un conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que se integran entre ellos atendiendo a los atributos personales de los profesionales y a los recursos que tienen a su alcance. De entre las competencias que deben desarrollar los profesionales de enfermería son relevantes las asociadas a la toma de decisiones. Existen marcos legales que las describen, pero no se puede partir de ellas porque están explicadas de manera generalista, sirviendo para cualquier contexto. Ante ello nos preguntamos: ¿es lo mismo tomar decisiones en el proceso de cuidado de un paciente pediátrico con una afectación autoinmune que en el de un paciente geriátrico con alto grado de dependencia y en proceso final de vida? La respuesta es NO. Cabe recordar que todas las dimensiones competenciales actúan juntamente, pero dependen del entorno, de las necesidades personales y de las condiciones de quien recibe y de quien toma la decisión (Lafuente Robles et al., 2019). La competencia toma de decisiones sí que se menciona de forma implícita en la competencia resolución de conflictos o resolución de problemas, pero es poco concreta para su aplicación en el contexto de atención al paciente crónico con necesidades complejas. Para poder evaluar el desarrollo de esta competencia en la práctica profesional es necesario partir de los resultados de aprendizaje definidos en este trabajo ya que son los que describen lo que se espera que un profesional de enfermería conozca, comprenda y/o sea capaz de hacer en relación a los cuidados de este paciente (European Commission, 2018). La definición de estos resultados de aprendizaje es una de las aportaciones más relevantes de este estudio, dado que no existe evidencia científica sobre ello y tenerlos descritos ayuda a tener claro lo que “se espera que haga” la enfermera, obteniendo unos comportamientos fácilmente observables y evaluables.

En relación con los resultados de aprendizaje que se definieron hubo acuerdo en que el profesional de enfermería competente es aquel capaz de realizar una valoración

geriátrica multidimensional como herramienta de valoración y detección de necesidades en las esferas físico-biológicas, psicológica, sociocultural y espiritual del paciente crónico en situación de complejidad y de su entorno afectivo. Este resultado refuerza la consideración que muchos autores (Amblàs Novellas, 2016; Ellis et al., 2017; Eamer et al., 2018; Voorend et al., 2021) tienen de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) como la herramienta de más evidencia científica para evaluar de forma individualizada a pacientes con perfil geriátrico, multimórbidas, frágiles, con necesidades complejas de atención y/o paliativas o en situación social de riesgo. Cabe decir que, Amblàs-Novellas et al. (2021) añaden que en este proceso de individualización se debe contemplar un diagnóstico situacional que permita realizar esta valoración integral. El problema recae, al igual que explicaban las enfermeras participantes de este estudio, que para ello se requiere mucho tiempo y conocimiento, dado que la VGI va mucho más allá de la administración acumulativa de escalas debiendo ser una compilación de información sustancial del paciente para identificar sus necesidades, conocer sus valores y preferencias y establecer los objetivos de atención considerando sus expectativas y opiniones a fin de poder ofrecer un modelo de atención centrado en la persona como defiende Limón y Meléndez (2017).

Una solución a esta falta de tiempo, no contemplada ni conocida por las enfermeras de este estudio, es la creación de la herramienta VIG-Express que hicieron Amblàs-Novellas et al. (2021) para facilitar la misma valoración multidimensional pero de forma más rápida, sencilla e individualizada y que sería una excelente propuesta a implementar.

En la misma línea, se definieron los resultados de aprendizaje relacionados con la utilización de instrumentos de valoración para identificar riesgos clínicos y posibles complicaciones. Respecto a ello, el consenso más rápido fue que enfermería debe ser capaz de prevenir y detectar precozmente los síndromes geriátricos considerándolos al igual que autores como Albertí et al. (2017), Amblàs-Novellas et al. (2016), de la Rica-Escuín et al. (2019), como problemas añadidos al motivo que ocasiona el ingreso como son las caídas, el deterioro cognitivo, los déficits auditivo y visual, la polifarmacia, el insomnio, la incontinencia, la malnutrición y las úlceras cutáneas. La presentación de estos síndromes fue discutida llegando al consenso que son señales de alerta y su prevención, valoración y tratamiento son imprescindibles en la atención a estos pacientes incidiendo

la mayoría de ellas en la prevención y el diagnóstico precoz para prevenir el riesgo de complicaciones que conllevan. Muestra de ello es lo que Cesari, Marzetti, Canevelli y Guaraldi (2017) concluyeron en su estudio que el 98,7% de los pacientes atendidos en unidades de hospitalización son portadores por lo menos de un síndrome geriátrico, siendo el más frecuente la depresión, seguida de polifarmacia, trastorno del sueño y caídas.

Las enfermeras participantes de esta investigación también consensuaron que la enfermera competente en el contexto de atención a estos pacientes es aquella capaz de tomar decisiones en la valoración, diagnóstico y abordaje preventivo, terapéutico y paliativo de las diferentes situaciones clínicas, especialmente en la detección precoz, tratamiento de complicaciones y control de síntomas. En este punto también surgió un debate interesante ya que la mayoría consideraron que estas intervenciones llevadas a cabo en el cuidado de este paciente con necesidades complejas son competencia de una enfermera de práctica avanzada¹² ya que consideraban que eran intervenciones de mayor complejidad y autonomía que la proporcionada por el título de enfermera de cuidados generales. En este contexto, las autoras Martín-Rodríguez et al. (2019) no lo consideran así dado que no dejan de ser competencias clínicas de una enfermera generalista independientemente del contexto de atención. Si que lo hubieran considerado práctica avanzada si más allá de la competencia de la práctica clínica directa, enfermería reconociera competencias no clínicas como son el liderazgo y la investigación.

Algunos de los resultados de aprendizaje que las enfermeras también definieron y consensuaron estuvieron relacionados con la necesidad y la importancia de registrar todo lo que se planifica, se dice, se hace o queda pendiente de hacer al paciente, considerando el registro de enfermería como elemento clave para facilitar el intercambio de información y la toma de decisiones. Estos resultados coinciden con los del estudio de Soza et al. (2020) que además añaden que los registros de enfermería garantizan la

¹² El Consejo Internacional de Enfermería define la enfermera de práctica avanzada (EPA) como aquella profesional especialista que ha adquirido la base de conocimientos de experta, la capacidad de tomar decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado. Añaden que esta enfermera tiene capacidad para diagnosticar, recetar medicamentos, autoridad para instaurar fármacos y derivar pacientes a otros profesionales.

La Asociación de Enfermeras de Canadá centra las competencias de la EPA en el desarrollo de habilidades clínicas, de investigación, de liderazgo y gestión.

continuidad de los cuidados y a su vez son como “el sello distintivo de cada enfermera”(p.7) ya que explican que en la forma de registrar se percibe el compromiso, los conocimientos, las intenciones y la actitud de la enfermera que registra. En relación con estos resultados, Arica y Barboza (2020) y López-Cocotle (2018) reportan que el registro clínico hace más visible el compromiso de las enfermeras con los pacientes y su entorno y además, potencia el rol autónomo de la disciplina permitiendo distinguir al profesional de enfermería como un miembro de salud totalmente autónomo. Aun así, López-Cocotle et al. (2017) concluyen su estudio explicando que los profesionales de la salud dan poca importancia a los registros de enfermería como documentos obligatorios desde el marco jurídico y aunque es conocido que ante reclamaciones si no hay registro no se considera actividad realizada, la tendencia es a dejar el registro para el final de la jornada laboral. Durante el grupo nominal los resultados que más surgieron en relación con los registros de enfermería fueron los rellenados incorrectamente, coincidiendo todo ello con las aportaciones de Hernández et al. (2018) quienes afirmaron que en la revisión de los registros de enfermería encontraron anotaciones incompletas sin nombre, firma, siglas no autorizadas, tachaduras o correcciones no adecuadas, faltas de ortografía y letra ilegible. Los resultados obtenidos en la presente investigación recomiendan cumplimentar los registros de enfermería sin utilizar observaciones de rutina con ausencia de juicio profesional, sino escribir información con valor clínico y social relevante, concreto y que valore necesidades, capacidades y limitaciones de los pacientes, así como las intervenciones llevadas a cabo, su seguimiento, evolución y evaluación. Estos resultados también son corroborados por Hernández et al. (2018) quienes explican que el registro de enfermería se tiene que percibir como un proceso continuo, imprescindible para garantizar la continuidad de los cuidados, la comunicación entre turnos y la toma de decisiones, no como un elemento estático y rutinario.

Los resultados de aprendizaje definidos en esta investigación indican que la enfermera debe ser capaz de registrar independientemente del tiempo, ya que ésta debe ser una actividad más a incluir de forma indispensable en la jornada laboral evitando caer en el “registro verbal” de las informaciones. Esta investigación aporta que enfermería debe conocer y utilizar todos los instrumentos que faciliten no solo el registro, sino el seguimiento y evaluación del estado del paciente (escalas de valoración, curso clínico

interdisciplinario, prealta, plan individual de atención...) evitando caer en la “burocracia” para dar paso a la priorización, argumentación y a la necesidad de creer que el registro es un elemento básico de nuestra práctica profesional.

Recordemos que los resultados de aprendizaje se asociaron a las dimensiones de la competencia (conocimiento, habilidad y actitud) destacando la dificultad para asignarlos a la dimensión de actitud. Esto evidencia la dificultad que existe para objetivar y evaluar esta capacidad, aunque cada vez existen más estudios que muestran como la actitud está condicionada por la motivación (Carrillo-Algarra, García-Serrano, Cárdenas-Orjuela, Díaz.Sánchez y Yabrudy-Wilches, 2013), la convivencia (Gómez del Pulgar, Beneit y Pacheco, 2013), y por la transferencia de lo aprendido en el lugar de trabajo (Lama-García, 2016). Tener en cuenta estos elementos se puede evaluar mejor la actitud que se debe interrelacionar con las otras dos dimensiones para ejecutar comportamientos excelentes (Gómez del Pulgar, 2013; Montenegro Aldana, 2003) sin olvidar, que todo ello está comprometido por un contexto cambiante y de alta carga asistencial (Morales Asencio, 2014). Según la opinión de las enfermeras que participaron en este estudio adquirir competencias en este contexto asistencial no es fácil, ya que se les exige aplicar conocimientos a la práctica y al mismo tiempo atender a aspectos de otras competencias relacionadas con actitudes, valores, toma de decisiones, resolución de problemas, compromiso ético, habilidades de comunicación, liderazgo y trabajo en equipo y todo ello, en un contexto de cambio continuo. En consecuencia, emerge la necesidad de que las competencias profesionales de enfermería adopten un enfoque integrador y multidimensional, partiendo de la base conceptual de que todas las dimensiones competenciales actúan conjuntamente sobre el comportamiento, no son independientes entre sí y, como explican Lafuente-Robles et al (2019), dependen de los requerimientos específicos del entorno, las necesidades personales y las condiciones de incertidumbre a las que enfermería debe responder con autonomía y reflexión. Esta visión integral de la competencia profesional definida en este trabajo es compartida por Sastre-Fullana (2016) que defiende que las competencias no deben ser “saberes en un contexto” sino “procesos de desempeño autocríticos de la realidad personal, profesional y del contexto” (p.272) que deben favorecer la adquisición de comportamientos observables que se puedan evaluar. Siguiendo lo que comenta esta autora, en esta investigación se han definido

muchos resultados de aprendizaje que son comportamientos observables, de los cuales un gran número permiten evaluar la dimensión de la actitud, considerándose un resultado relevante para el colectivo de enfermería que cuida a este perfil de paciente.

Como hemos comentado anteriormente la competencia profesional es un constructo que implica acción en un contexto y movilización del conocimiento, de las habilidades y actitudes. Una de las herramientas esenciales, considerada parte integrante del proceso de desarrollo de las competencias profesionales para potenciar e integrar conocimientos nuevos, es la formación continua (Ferreira, Nunes, Ferreira y Nunes, 2019). El objetivo de la formación que se llevó a cabo en la segunda fase de este estudio fue desarrollar las competencias asociadas a la toma de decisiones, partiendo de los resultados de aprendizaje definidos en la primera fase de este trabajo. Siguiendo las aportaciones de Oliveros y Arés (2006) que explican la necesidad de conocer el contexto en el que se desarrollan las competencias profesionales, se pidió a las enfermeras inscritas en la formación, que mediante el cuestionario IEMAC-ARCHO, opinaran sobre el grado de implantación del modelo de gestión al paciente crónico que tenía su institución para aproximarse lo máximo al contexto en el que se desarrollarían los resultados de aprendizaje trabajados. Cabe decir que el IEMAC no se diseñó para determinar la efectividad de intervenciones en el abordaje de pacientes crónicos, sino que simplemente pretendía ser una ayuda para determinar el grado de desarrollo e implementación que dichas intervenciones tienen en los contextos donde se desarrollan (Nuño-Solinís et al., 2013).

Las enfermeras coincidieron en que lo más implementado que tenían los dos hospitales era que existen profesionales responsables de la coordinación y continuidad asistencial, especialmente en procesos de transición entre ámbitos asistenciales y en la planificación del alta hospitalaria y se dispone de profesionales con competencia en gestión de casos en la comunidad para el manejo de los pacientes crónicos de mayor riesgo. Estos resultados refuerzan la importancia que otros autores como Appleby y Camacho-Bejarano, (2014), Bullich-Marín, Garreta-Burriel y Solé-Casals (2016), Scherlowski et al.(2020), Dominguez y Ciprés (2020), Muller y Muller (2020) otorgan a estas figuras, como la enfermera gestora de casos (EGC), la enfermera de enlace o la enfermera de práctica avanzada, como recurso indispensable para mejorar la continuidad de los cuidados mediante intervenciones avanzadas basadas en la evidencia científica y en la calidad de la

atención. Ciertamente es que las enfermeras con conocimiento más experto, más formación y con competencias más avanzadas se han ido incorporando progresivamente en los diferentes niveles asistenciales, pero aunque los resultados de esta investigación resalten que la mayoría de enfermeras que participaban en la formación conocían de su existencia, siguen siendo desconocidas sus funciones y su activación como recurso (Román-Medina et al., 2020). Tal y como exponen Fernández et al. (2019) y Román-Medina et al. (2020) se detectan numerosos beneficios de la implementación de estos nuevos roles enfermeros destacando la reducción de los reingresos y los días de hospitalización, las visitas en urgencias, la mejora de la capacidad funcional, la gestión de la medicación y la adherencia al tratamiento, la mejora de la calidad de vida y la satisfacción de pacientes, cuidadores y familias. A su vez, los autores también añaden que estas nuevas figuras con competencias avanzadas, cada vez están más reconocidas para llevar a cabo la gestión de casos, seguimiento y control de pacientes crónicos con necesidades complejas pero sus funciones, su desarrollo y despliegue sigue siendo desconocido, sobre todo en ámbitos de la atención especializada, ya que las enfermeras de Atención Primaria, como se evidencia en este estudio y en otros (Lapeña et al., 2017), son más conocedoras de ello y apuestan porque el futuro de la atención de estos pacientes en la comunidad pase por el desarrollo de programas gestionados desde los servicios de Atención Primaria.

De la dimensión 3 del cuestionario IEMAC/ARCHO correspondiente al modelo asistencial ambas muestras, CSPT y Hospital el Vendrell, coincidieron en opinar que en sus hospitales se facilitaba el trabajo en equipo multidisciplinar y la atención centrada en el paciente. Cabe decir que ambos ítems son considerados por enfermería imprescindibles para el abordaje al paciente crónico con necesidades complejas y según ha aportado esta investigación, estos ítems han obtenido mayor consenso porque existe voluntad por parte de las enfermeras de visibilizar sus habilidades que demuestran que son capaces de trabajar y formar parte de un equipo multidisciplinar, así como de orientar sus cuidados hacia la atención centrada en la persona. Pero como explica Prados-Torres et al. (2017) la implementación del modelo de atención centrada en el paciente puede comprometerse por la posibilidad de rupturas en los equipos, falta de comunicación y conflictos que se derivan de la desigualdad en la formación y en las habilidades competenciales de los profesionales.

Por ello es esencial, como exponen Chi et al. (2017), Kangovi et al. (2017), Wieringa et al. (2017), conseguir equipos asistenciales y multidisciplinares centrados en las personas que provean de forma colaborativa prácticas de valor y que puedan dar una respuesta integral, multidimensional y coordinada a estas personas con necesidades de atención complejas.

Los resultados de la dimensión 4 del cuestionario IEMAC/ARCHO correspondiente al apoyo al autocuidado del paciente muestran que está poco implementada la toma de decisiones compartida y la Educación terapéutica. La toma de decisiones compartida, según la opinión de las enfermeras participantes en esta investigación y sobre todo de las que trabajan en unidades de hospitalización y urgencias, va muy dirigida a intervenciones que sirven para ayudar a las personas a tomar decisiones concretas cuando existe incertidumbre sobre los resultados de diferentes opciones diagnósticas y/o terapéuticas, por tanto explican que los protagonistas de esta toma de decisiones son más el médico y el paciente, cuando no debería ser así. La enfermera en muchas ocasiones es quien tiene la oportunidad de ayudar al paciente y a su familia a preparar el contexto siendo proactiva y adelantándose a los acontecimientos. Cuantas veces vemos a pacientes que después de agudizaciones consecutivas ya no responden al tratamiento activo y el “dejar de hacer” sería más beneficioso que el “hacer”. La decisión de procedimientos diagnósticos y terapéuticos genera importantes niveles de incertidumbre especialmente por parte del paciente, pero también, por parte de los profesionales sanitarios (Perestelo-Pérez, L., González Lorenzo, M., Rivero Santana & Pérez Ramos, 2010). El rol de la enfermera en la toma de decisiones compartida está mucho más implementado en Atención Primaria que en enfermeras que trabajan con pacientes hospitalizados y como explica Amblàs-Novellas, et al (2016) la toma de decisiones compartida tiene que seguir avanzando en el ámbito hospitalario, así como la implementación de registros que ayuden a favorecer esta toma de decisiones. El efecto de la toma de decisiones compartida en el cuidado de pacientes crónicos con necesidades complejas está ampliamente estudiado y autores como Gionfriddo, et al. (2014) explican que la variable predictiva del desempeño de un médico o una enfermera en tomar decisiones compartidas es la intención y la actitud en querer llevarla a cabo y considerarla indispensable no sólo como un proceso que se adapte a las preferencias de las personas, sino como una herramienta que permite potenciar su

participación y a su vez, asegurar una atención centrada en la persona (Vermunt, Harmsen, Westert, Olde Rikkert, y Faber, 2017). Con todo ello evitaremos lo que comentaba Orbegozo (2018): “la asistencia médica no puede prestarse en un entorno de incertidumbre ética en el que los médicos y profesionales de enfermería se limiten a dejarse llevar por sus preferencias personales. El modo en que se trata al paciente no puede depender de quien realiza el tratamiento o dónde se lleva a cabo” (p.48).

Los resultados obtenidos sobre la educación terapéutica¹³ muestran que, según las enfermeras, está poco establecida y desarrollada en sus instituciones. Los motivos que según ellas pueden dificultar la educación terapéutica, sobre todo en pacientes hospitalizados son las estancias cortas en la unidad, el estado anímico del paciente y la familia, la incapacidad del paciente para comprender las explicaciones y la falta de tiempo del equipo de enfermería. Estos resultados son acordes con los que concluyó León, Lombraña y Acebrón (2006) y también Gutiérrez (2012), pero este último añadió que la actitud de la enfermera es clave para favorecer la creación de climas de entendimiento que favorezcan la comunicación y la relación terapéutica como base de todo proceso de educación. Según el autor, esta actitud junto con el convencimiento de que la educación sanitaria es un elemento clave en el día a día del colectivo de enfermería es lo que permite garantizar un aprendizaje significativo que facilite aprender, modificar y reforzar comportamientos saludables. También añade que la educación sanitaria está mucho más implementada en Atención Primaria que en hospitalización y otros servicios específicos, siendo la consulta de enfermería el contexto en el que más educación sanitaria se realiza, sobre todo en temas de adherencia al tratamiento, enfermedades crónicas, hábitos saludables, vacunas, alimentación, conductas de riesgo y curas.

Como defiende Gutiérrez (2012) en relación a la educación sanitaria, “no solo podemos si no que debemos educar” (p.81) . En base a ello, los resultados de esta

¹³ El concepto de educación sanitaria va dirigido a personas sanas o de riesgo con el objetivo de potenciar hábitos de vida saludables y promover su salud y se relaciona con la prevención primaria y secundaria, mientras que el concepto de educación terapéutica va dirigido a personas enfermas con el objetivo añadido de evitar recaídas y complicaciones y se relaciona con la prevención terciaria. La educación sanitaria y la educación terapéutica constituyen el paraguas de la Educación para la Salud como concepto general que engloba todos los niveles de prevención.

En esta investigación se mencionan indistintamente los tres conceptos haciendo referencia cada uno de ellos en función de la población a quien va dirigida.

investigación aportan que no debemos simplemente informar si no garantizar procesos de aprendizaje que se pueden iniciar en una unidad de medicina interna y seguir en un domicilio, garantizando de esta forma una continuidad de cuidados. Para ello, es indispensable que se rellene y se tramita el documento de Prealta dirigida al Centro de Atención Primaria, unos días antes del alta para conocer lo que el paciente ha aprendido, cómo lo ha aprendido, si necesita reforzar aprendizajes y evaluar sus comportamientos. Sin esta intención de iniciar la educación sanitaria de forma precoz, partiendo de las capacidades y motivación de los pacientes, la educación se convierte únicamente en información y como aboga De la Guardia (2020) sin educación para la salud se pierden oportunidades de aprendizaje y se priva la participación y la responsabilidad de las personas en su autocuidado.

Los resultados de la dimensión 5 del cuestionario IEMAC/ARCHO correspondiente al apoyo a la toma de decisiones clínicas muestran que las enfermeras opinan que los protocolos y guías de práctica clínica (GPC) están poco implementadas en las dos instituciones, al igual que la formación continua. De los protocolos y las GPC esta investigación resalta que su diseño, implementación y evaluación son necesarios para evitar la variabilidad de actuaciones muy frecuentes en el contexto de atención a los pacientes crónicos con necesidades complejas y favorecer la toma de decisiones ante problemas clínicos específicos y opciones diagnósticas y terapéuticas más adecuadas. Estos resultados van acordes con la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias que reconoce en los artículos 35 y 36 de la Constitución que los equipos de salud deben unificar criterios de actuación, basados en la evidencia científica y soportados en guías y protocolos de práctica clínica y asistencial. Aun así, las enfermeras de ambas instituciones destacaron que, aunque las GPC y los protocolos están dirigidos a personas que se caracterizan por presentar respuestas generalmente parecidas, existen diferencias peculiares en los pacientes crónicos con necesidades complejas que conllevan incertidumbre y que hay que valorar con atención porque ni los protocolos ni las GPC ayudan a tomar la decisión. Por tanto, los protocolos deben ser utilizados de forma orientativa, como guía de decisión para todos los profesionales del equipo y deben ser regularmente actualizados con la participación de aquellos que los deben aplicar y teniendo en cuenta a la población que se beneficiará de esta implementación (Bonfill et al.,2019).

Siguiendo con la dimensión 5, la formación continua también se consideró que estaba poco implementada en ambos hospitales, sobre todo la formación dirigida al desarrollo de competencias para la práctica, como cursos dirigidos a mejorar el trabajo en equipo, habilidades comunicativas, toma de decisiones, gestión de conflictos, liderazgo, etc. que permita compartir experiencias, resolver problemas y tener intervenciones efectivas para la atención centrada en la persona en diferentes escenarios y con una visión holística de la profesión (Edith y Alexandra, 2019). Aseguraron que las propuestas formativas que ofrecían los hospitales eran sobre temas muy específicos establecidos por especialidades y ámbitos y la mayoría de ellas ayudaban a adquirir más conocimientos, pero poco a desarrollar capacidades y habilidades. Esto mejoraría si las metodologías docentes estuvieran pensadas para potenciar la reflexión y desarrollar el pensamiento crítico, abandonando las clases magistrales y apostando por talleres y seminarios como estrategias de aprendizaje significativo (Zambrano, Vallejo, y Uribe, 2017). Uno de los puntos fuertes de esta investigación es la formación que se ha llevado a cabo caracterizada por apostar más por la reflexión en la práctica que por la racionalidad técnica (Moreno y Siles, 2015) y la transmisión de conocimientos (Andreu-Andrés y García-Casas, 2014). Los protagonistas del curso han sido las propias enfermeras que partiendo de sus necesidades, dudas e inquietudes que tienen en su día a día han aprendido a pensar, reflexionar, argumentar y decidir, permitiendo el desarrollo de sus competencias profesionales y sus capacidades personales (Tejada-Fernández y Navío-Gámez, 2005).

De los resultados cualitativos relacionados con las decisiones más prevalentes que enfermería toma en su práctica profesional con los pacientes crónicos con necesidades complejas las que más se consensuaron por ser las más frecuentes en su práctica profesional fueron revisar y valorar tratamientos farmacológicos y decidir el grado de intensidad de curas en pacientes en trayectoria final de vida. En relación con la primera decisión resaltar que las enfermeras tienen gran preocupación por el hábito de la polifarmacia, los efectos de las interacciones farmacológicas, el efecto cascada de prescripción¹⁴, la automedicación, la falta de adherencia terapéutica e incluso la

¹⁴ El efecto cascada se refiere a un fármaco que produce un efecto secundario no reconocido y que debe ser tratado con otro medicamento, produciendo efectos secundarios que dificultan el beneficio de los tratamientos.

prescripción por varios médicos. Todo ello convierte a la decisión de revisar los tratamientos farmacológicos en una de las decisiones más frecuentes que realizan en su día a día. Estos resultados son respaldados por varios estudios (Hernández Ugalde et al., 2018; Mesquida et al., 2021; Raventós Torner et al., 2020) que además añaden que los factores que inciden sobre todo en la polifarmacia y en la falta de adherencia son complejos ya que varios de ellos pueden interactuar en un mismo paciente y, por tanto, provocar efectos indeterminados y más si hablamos de pacientes con enfermedad crónica compleja (Mesquida et al., 2021). Sin embargo, la edad, la polimedicación, las enfermedades crónicas, los problemas de memoria y los problemas de capacidad funcional pueden ser determinantes e incluso predictores de una baja adherencia al tratamiento farmacológico (Jankowska-Polańska, Chudiak, Uchmanowicz, Dudek, y Mazur, 2017). Es sabido que una gestión eficaz de la medicación, una supervisión por enfermeras que dominen la variabilidad de enfermedades permite evitar hospitalizaciones o visitas de urgencia relacionadas con el incumplimiento de la medicación prescrita (Mesquida et al., 2021). La revisión sistemática de AlHamid et al (2014) concluyó que los efectos adversos de la medicación y el incumplimiento eran las principales causas de hospitalización. Una de las fortalezas de esta investigación es que las enfermeras que participaron en la formación procedían de diferentes ámbitos por los que transita el paciente crónico, estableciéndose diferencias entre la opinión entre las enfermeras de Atención Primaria (AP) y las de Atención Hospitalaria (AH). Ambas consensuaron la importancia de “revisar el tratamiento” pero desde la perspectiva de las enfermeras de AP el objetivo de la revisión es evitar las descompensaciones, las complicaciones y en consecuencia los reingresos, mientras que desde la perspectiva de las enfermeras de AH el objetivo de la revisión es controlar mejor la situación aguda revisando los parámetros biomédicos para determinar el grado de control sobre la enfermedad que le ha causado el ingreso. La visión de las enfermeras de AP es más amplia considerando al paciente polimedicado con múltiples enfermedades crónicas y lo que esto supone, mientras que la tendencia de las enfermeras de AH es a centrarse en la adherencia, pero de enfermedades más específicas.

Con relación a la decisión de decidir el grado de intensidad de curas en pacientes en trayectoria final de vida resaltar que las participantes consideran que en situaciones de mal pronóstico muchos de los tratamientos ya no prolongan la vida, sino que comprometen

seriamente su calidad de vida y aumentan su sufrimiento. Desde la opinión de las enfermeras psicológicamente resulta más difícil retirar que no instaurar, al igual que opina Bueno, (2013) que además, añade que iniciar un tratamiento o retirarlo una vez instaurado suponen lo mismo desde el punto de vista ético y moral, pero no con relación al sufrimiento psicológico. Autores como Bueno, (2013); Formiga et al., (2003); García Caballero et al., (2018); Navarro-Jiménez et al., (2021) coinciden en

que las decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico (LET)¹⁵, deben discutirse colectivamente (entre médicos y enfermeras) aunque es conocido que la decisión técnica suele tomarla el médico y de la ejecución se encarga la enfermera. Bueno (2013) añade que entre ambos profesionales y según la decisión a tomar puede aparecer el conflicto, dado que la enfermera está muy sensibilizada ante el riesgo de obstinación terapéutica y en ocasiones pinchar varias veces a un paciente sin accesos venosos y con mal pronóstico, transfundir a un paciente que está en fase de agonía, colocar una sonda nasogástrica a un paciente con demencia que ha hecho una negación a la ingesta y cuya evolución es comprometida o colocar suero terapia a un paciente con raneras, genera el no estar de acuerdo con la orden médica.

Decidir el grado de intensidad de las curas en los pacientes en proceso de final de vida no siempre la relacionaron con actos técnicos, sino también con decisiones como disminuir las curas en lesiones por presión muy dolorosas, disminuir la intensidad de los cambios posturales y realizarlos más insinuados, sin dejar de hacerlos, preparar a la familia para que entiendan que el paciente ha hecho una negación a la ingesta oral porque está en una fase final de su enfermedad, etc. A lo largo de todo el consenso sobre las decisiones más prevalentes se habló de limitación del esfuerzo terapéutico, aunque la revisión de la literatura aboga por considerar más apropiado hablar de un concepto que ninguna enfermera mencionó durante la formación y es la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET). Varios autores (González, 2017; Pérez, 2016) destacan que es más correcto hablar de adecuación que de limitación, no sólo por el sentido peyorativo que tiene el segundo término, en la idea de abandono o fin de la atención al paciente, sino porque la AET

15 Se refiere a la decisión de restringir o cancelar algún tipo de medidas cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios terapéuticos, con el objetivo de no caer en la obstinación terapéutica, constituyendo un verdadero paradigma del equilibrio entre la Medicina Intensiva y la Medicina Paliativa

comprende además, añadir o modificar tratamientos de acuerdo con los objetivos terapéuticos del momento evolutivo del paciente y en la que se contempla la sedación paliativa como parte de la misma (F. M. Pérez, 2016). La explicación a esta diferencia es simplemente conceptual dado que el significado de no iniciar, añadir o modificar (que es el AET) y el significado de restringir o retirar (que es la LET) el colectivo de enfermería lo tiene muy claro. Pero por desconocimiento de la definición del concepto todo se concibe bajo el concepto de LET cuando en realidad estarían todos incluidos en el concepto AET.

Se ha demostrado que las dos decisiones de iniciar educación terapéutica y decidir si administrar fármacos en situación de urgencia sin tener el consentimiento del médico asocian significativamente con el sexo, obteniendo que las mujeres consensuaron más la decisión de iniciar la educación terapéutica mientras que los hombres consensuaron más administrar fármacos en situación de urgencia. Este hecho es explicable porque los hombres tienden más a decidir sin considerar mucho el contexto en el que se toma la decisión, a ejecutar más rápido (Felipe, Herrera, y López, 2011) y a responder mejor ante situaciones estresantes (Cote y García, 2016), mientras que las mujeres son más de conversar, conocer el entorno y establecer relación con el paciente y su entorno (Felipe et al., 2011).

Ante la toma de decisiones en estos pacientes, el decidir manejando estrategias deficientes de afrontamiento al estrés fue el estilo que más caracterizó a las enfermeras que participaron en el estudio. Esto significa que, ante decisiones complejas e inciertas y aunque no estén de acuerdo con la decisión a tomar, les cuesta argumentar y prefieren delegar la toma de decisiones al médico o a las familias. En sintonía con estos resultados, Stacey et al. (2010) y Gutiérrez-Rodríguez et al. (2019) explican que la toma de decisiones de enfermería es tímida, relegándose siempre a un segundo plano, ante el médico, en decisiones inciertas y aunque, a menudo tomarían otras decisiones o las gestionarían diferente, las asumen sin más. A su vez, Stacey et al. (2010) añade también que para tomar decisiones no se deben utilizar estrategias de escape-avoidance, todo lo contrario, se deben de afrontar y pensar con claridad, siendo este patrón de decisión uno de los menos identificados en el grupo de enfermeras participantes en la formación. Estos resultados coinciden con el planteamiento de Dierckx de Casterlé et al. (2008): enfermería tiende a mostrar un “patrón uniforme de razonamiento ético” que les lleva a una “práctica

conformista” (p.548) a menudo poco adecuada a las necesidades clínicas y personales de estos pacientes y que tienden a delegar la decisión al médico. Añaden que esta práctica constituye un importante obstáculo ya que consideran que, ante esta conformidad, ni la creatividad, ni la argumentación, ni la reflexión crítica están presentes.

Como se ha mencionado en capítulos previos, la formación continua que se llevó a cabo en la fase 2 de esta investigación fue diseñada para que los participantes aplicasen lo aprendido durante la formación al puesto de trabajo y lo mantuviesen a lo largo del tiempo. Para ello y como se explicó en el capítulo de metodología, después de cada sesión rellenaban el informe de transferencia en el que identificaban aquellos aprendizajes que pensaban podían implementar en su unidad. Campos-Carreño (2021) definen este concepto como autoeficacia en el trabajo, dado que el propio trabajador, participante de la formación, es capaz de identificar sus conocimientos, habilidades y actitudes para concretar sus metas laborales, utilizando a su vez y de manera óptima, los recursos personales y contextuales disponibles para desempeñar propuestas de mejora derivadas de transferir nuevos aprendizajes. De los resultados obtenidos por los participantes de la formación destacar que el número de aprendizajes que les permitían adquirir habilidades y actitudes superaron los que sólo les permitían adquirir conocimientos, hecho que sustenta lo que el psiquiatra William Glasser mencionó en su teoría de la pirámide del aprendizaje y es que los conocimientos que leemos o escuchamos tímidamente nos hacen aprender, mientras que si discutimos con otros, hacemos y estamos motivados, el aprendizaje se multiplica (Wubbolding, 2021) dado que debatir, razonar, relacionar, comparar, analizar y hacer son la base de un aprendizaje significativo que fácilmente se puede transferir (Corbacho, 2017). También sustentan nuestros resultados Serrano, Herrero, Chirino y Palma, (2018) que explican que el conocimiento se construye haciendo con interés y motivación pero no escuchando, siendo los ingredientes fundamentales la reflexión, la crítica y la participación que coinciden con los ingredientes de nuestra formación.

En base a estos aprendizajes las enfermeras identificaron propuestas de mejora para implementar en su lugar de trabajo, con el objetivo de mejorar la toma de decisiones en pacientes crónicos con necesidades complejas. Muchas de estas propuestas que implementaron partieron de las deficiencias que detectaron, mediante el instrumento

IEMAC/ARCHO, sobre aquellas intervenciones que estaban poco desarrolladas en su hospital. Una de las propuestas que más propusieron fue implementar sesiones interdisciplinarias, a las que mencionaron “plan terapéutico” para detectar necesidades del paciente, establecer objetivos terapéuticos, definir intervenciones y evaluarlas y todo ello, con el objetivo de individualizar el plan de cuidados y mejorar la calidad de vida del paciente (Hernansanz et al., 2018). Cabe decir que enfermería consideró menos importante la implicación de la familia en estas sesiones y en el proceso de cuidados del paciente, considerando como motivos principales la inseguridad del profesional y la consideración de la familia como una carga de trabajo más que como una ayuda y complemento en nuestros cuidados (Pérez, Romero, Morillo, y Galán, 2015).

En esta línea Edith y Vargas (2019) añaden que estas sesiones de trabajo a las que denominan “sesiones clínicas”, además de permitir conocer datos biopsicosociales de los pacientes, diagnósticos, pronósticos, cuidados que requieren, expectativas y valores, permiten optimizar el tiempo y la gestión de los recursos. Aun conociendo las ventajas de estas sesiones Turabin, et al. (2010) explican que no les damos la importancia que se merecen y se establecen poco como dinámicas de trabajo. A su vez, varios autores apuestan por sistematizar estas sesiones no sólo entre los equipos de atención directa de la misma unidad o servicio sino, con profesionales de los diferentes niveles de atención aun considerando, pero prevén su gran dificultad por desconocimiento de los circuitos a seguir y por la falta de planificación al alta (Albertí et al., 2017; Corrales-Nevado, Alonso-Babarro y Rodríguez-Lozano, 2012; Ruiz et al., 2013). Resaltar que son varios autores (Corrales-Nevado et al., 2012; Logan, 2019; Soza Diaz et al., 2020) quienes complementan el concepto de continuidad asistencial con el de transición asistencial entendida como el paso del paciente por los niveles asistenciales que comprende procesos que van desde su ingreso hasta su alta en otro centro asistencial o domicilio. Es decir, quien transita es el paciente y quien debemos garantizar la continuidad asistencial somos los profesionales y ¿cómo? Asegurando una transición segura y eficaz muy desconocida aun, por la mayoría de profesionales (Logan, 2019).

Otra de las propuestas de mejora que plantearon fundamentándose en los resultados encontrados del IEMAC/ARCHO, es la necesidad de que las instituciones sanitarias apuesten por una formación continua diferente. Se necesita más formación que

parta de las necesidades de las enfermeras y que, con metodologías docentes participativas, ayude a desarrollar competencias mediante la reflexión de su práctica diaria. Añadir a esto, y como se ha comentado anteriormente, que la principal fortaleza de esta investigación es la formación desarrollada in situ en las propias instituciones sanitarias, apostando firmemente -y avalado por los resultados obtenidos-, por una formación centrada en la práctica colaborativa como sistema de aprendizaje; este tipo de formación es esencial para desarrollar habilidades, como la reflexión y el pensamiento crítico, que faciliten la ejecución de comportamientos observables fácilmente medibles y evaluables. Como bien explica Arain, et al. (2017) las formaciones no solo deben servir para cumplir con los estándares de acreditación institucional sino para potenciar que los profesionales brinden atención eficiente, segura y de calidad. Es mencionado por varios autores (Edith y Alexandra, 2019; Ferreira, Cubo, y Carioca, 2017; Marqués, 2011; Zwarenstein, Goldman, y Reeves, 2009) que el aprendizaje interprofesional se da con más frecuencia en el lugar de trabajo, generando oportunidades de discusión que permiten comparar puntos de vista, compartir experiencias, conocer otros roles profesionales impactando positivamente en la práctica y en la prestación de cuidados, mejorando procesos y resultados en la atención. Barr (1998) corrobora los resultados obtenidos en esta investigación, evidenciando que todo profesional requiere de otros profesionales, de los pacientes, los cuidadores, etc. para desarrollar un rol colaborativo dentro y entre las organizaciones, lo que aumentando el compromiso con la profesión y genera mayor satisfacción laboral.

En la cuarta sesión formativa, que recordemos se realizó a los 3 meses después de las primeras sesiones, los participantes aportaron evidencias relacionadas con las propuestas de mejora implementadas y a su vez identificaron qué elementos dificultaron o facilitaron su implementación. Baldwin y Ford (1988) propusieron un modelo teórico en el que reconocían la presencia de tres grupos de factores influyentes en la transferencia: factores relativos al diseño de la formación, factores relacionados con el participante y factores asociados con el ambiente de trabajo. En esta investigación, los factores relativos al participante que más dificultaron la transferencia, ya consideradas por otros autores, han sido son la falta de conocimientos acerca del aprendizaje a implementar (Granado et al., 2012), falta de seguridad en uno mismo (Kihlgren, Svensson, Lövbrand, Gifford y Adolfsson, 2016), falta de motivación para aprender y para transferir, indecisión (Ornelas

Gutiérrez, Cordero Arroyo y Cano García, 2016), estrés considerable y dificultad para gestionar el tiempo (Lama-García, 2016). Todo ello dificulta la adquisición de habilidades y destrezas para conseguir un nivel de experticia que permita a enfermería un desempeño profesional de calidad (Sastre-Fullana et al., 2015).

En relación con las facilidades para desarrollar los aprendizajes e implementar mejoras hubo acuerdo en que la experiencia profesional ante el cuidado de estos pacientes, la capacidad de motivar y empatizar, la escucha activa, la congruencia de lo aprendido con lo implementado la reflexión sobre las rutinas de trabajo establecidas huyendo de las dinámicas de trabajo sin éxito, son factores internos que facilitan la transferencia de los aprendizajes. Estos resultados apoyan que los profesionales de enfermería con habilidades comunicativas, motivados y seguros de sus acciones favorecen no sólo la relación terapéutica con el paciente (Veloza-Gómez, 2020) si no también la implicación de los compañeros de trabajo en cualquier acción de mejora propuesta (Ornelas et al., 2016). En consonancia con estos resultados también Ramis et al. explican que un manejo hábil de las competencias comunicativas puede favorecer que los compañeros estén motivados, que se sientan más interesados, satisfechos y eficaces en el trabajo, que se impliquen más en sus tareas y que realicen trabajos de mayor calidad (Ramis, Manassero, Ferrer, y García-Buades, 2007) y en consecuencia esto se traduce en enfermeras más eficientes que aumentan la productividad hospitalaria y por ende, los indicadores hospitalarios (Decramer et al., 2015).

Como bien explican Pineda-Herrero et al (2014), la formación tiene que ser diseñada por un lado, para favorecer que los profesionales participantes aprendan conocimientos, habilidades y actitudes que puedan utilizar eficazmente en su contexto laboral y por otro lado, que la formación responda a las necesidades del puesto de trabajo (Granado et al., 2012). Mencionan el concepto de diseño de transferencia (Pineda-Herrero, Quesada-Pallarés, et al., 2014) refiriéndose a las diferentes estrategias de transferencia que se deben tener en cuenta antes, durante y después de la formación. De las estrategias para tener en cuenta después de la formación resaltaban “evaluar el logro de los objetivos”, “crear sistemas de seguimiento: informes, entrevistas” e “Implicar activamente a los agentes clave”. En base a estos datos, esta investigación consideró al finalizar la formación evaluar la transferencia por parte de los participantes de la formación y sus responsables. Todos

los responsables observaron cambios en sus trabajadores después de la formación y un alto grado de motivación, aunque algunos de los responsables creían que estos cambios no serían permanentes en el tiempo, considerándose como causa la falta de tiempo, la falta de retroalimentación positiva de los resultados y la carga laboral (Ornelas et al., 2016).

En base a la evaluación de la satisfacción se obtuvieron valores de 10 en los ítems relacionados con las expectativas del curso, el grado de satisfacción con la organización del curso, la metodología utilizada y los aprendizajes adquiridos; cabe resaltar que todos los participantes respondieron que habían recibido el apoyo de sus responsables en relación con la implementación de aprendizajes y propuestas de mejora. Estos resultados se asemejan a los de Oses Zubiri et al., (2007) que además añaden que tanto la satisfacción, como los aprendizajes están directamente relacionados con la metodología docente utilizada. En relación con esta metodología recordar que la formación que se llevó a cabo en esta investigación combinó la modalidad presencial con soporte de las Tecnologías de la información y comunicación (TIC), mediante el uso de la herramienta Health Consensus. El objetivo de utilizar el HC fue potenciar la reflexión grupal y el consenso. Para evaluar la eficacia de la herramienta se compararon resultados pre-post mediante el cuestionario IEMAC/ARCHO rellenado de forma individual, en el pre, antes de la sesión formativa y en el post, durante la sesión y bajo una reflexión grupal. Aunque las diferencias no fueron significativas, mediante el pre-post se puede constatar que el HC potenció la reflexión. La significación estadística nos hubiera constatado que la herramienta del HC favorece el consenso sin que sea causado por el azar, pero en el contexto de educación el interés de utilizar la herramienta recaía más en su uso como instrumento pedagógico para potenciar la reflexión y el pensamiento crítico que como herramienta para generar consenso. Estos resultados corroboran lo que explican Tejada et al (2019), Sánchez-Pedraza y Jaramillo-López (2009) que reconocen que existe una necesidad de formar a los profesionales de la salud en tecnologías de la información para que puedan aprender de diferente manera, con herramientas que faciliten otros entornos de aprendizaje que favorezcan el pensamiento crítico reflexivo, para así poder analizar la realidad y transformarla.

CONCLUSIONES

A continuación, se presentan las conclusiones que dan respuesta a los objetivos planteados en esta investigación.

Objetivo específico 1.1: Definir y consensuar el concepto de paciente crónico con necesidades complejas.

- ✓ Los pacientes crónicos con necesidades complejas se encuentran en todos los niveles asistenciales y por ello la definición de este concepto fue consensuada por profesionales de enfermería que trabajaban en diferentes ámbitos, concretamente Sociosanitario, Atención Primaria, ámbito especializado (unidades de hospitalización), ámbito residencial y servicios más específicos como PADES, UFISS, unidades de paciente crítico y urgencias.
- ✓ El concepto de paciente crónico complejo (PCC) es un concepto estudiado e investigado por muchos autores, pero la complejidad no va asociada a la persona si no a sus necesidades y por tanto se ha apostado por el concepto de paciente crónico con necesidades complejas.
- ✓ La definición del concepto incluye variables clínicas, sociales y contextuales concluyendo que el paciente crónico con necesidades complejas es aquel paciente vulnerable, frágil con multimorbilidad, difícil control de la sintomatología, alta probabilidad de sufrir crisis graves y polimedicado. Son pacientes que requieren cuidados integrales y humanizados para prevenir agudizaciones, mejorar su autocuidado y calidad de vida, priorizando siempre sus valores ante cualquier toma de decisión. Por otro lado, se observa que, precisan de muchos recursos asistenciales, alto soporte familiar y acompañamiento de un equipo multidisciplinar para evitar el sufrimiento que les genera no sólo el proceso de enfermedad sino el contexto sanitario en el que se ven inmersos.

Objetivo específico 1.2: Identificar las dimensiones de la competencia y las unidades de competencia que más se asocian a cada resultado de aprendizaje consensuado.

- ✓ Los resultados de aprendizaje son aquellos comportamientos observables que la enfermera debe ser capaz de hacer en su práctica profesional y que ponen en

práctica de manera integrada conocimientos, habilidades, actitudes y rasgos de personalidad que la definen como competente.

- ✓ El profesional de enfermería competente en la atención al paciente crónico con necesidades complejas se concibe, de forma general, como aquel capaz de:
 - Realizar una valoración geriátrica multidimensional como herramienta de valoración y detección de necesidades en las esferas físico-biológicas, psicológica, sociocultural y espiritual del paciente crónico en situación de complejidad y de su entorno afectivo.
 - Utilizar instrumentos de valoración para identificar riesgos clínicos y posibles complicaciones, siendo el consenso más relevante que enfermería debe ser capaz de prevenir precozmente, valorar y tratar los síndromes geriátricos considerándolos como señales de alerta y problemas añadidos al motivo que ocasiona el ingreso.
 - Decidir en la valoración, diagnóstico y abordaje preventivo, terapéutico y paliativo de las diferentes situaciones clínicas, especialmente en la detección precoz, tratamiento de complicaciones y control de síntomas.
 - Registrar todo lo que se planifica, se dice, se hace o queda pendiente de hacer al paciente, considerando el registro de enfermería como elemento clave para facilitar el intercambio de información y la toma de decisiones. El tiempo insuficiente durante la jornada laboral no debe favorecer la falta de registro ni el “registro verbal”.
 - Identificar herramientas, intervenciones y equipos de soporte que faciliten la continuidad asistencial.
 - Potenciar la toma de decisiones compartida que considere las creencias, preferencias y valores del paciente.
 - Educar al paciente y a su entorno afectivo para potenciar el empoderamiento y el autocuidado.
- ✓ Las dimensiones principales y, ya conocidas, de las competencias son conocimiento, habilidad y actitud, pero hay que considerar también sus subdimensiones:

- a. Conocimiento: Saber conocer, saber comprender, saber desaprender, saber por qué.
 - b. Habilidad: Saber hacer y poder hacer
 - c. Actitud: Saber ser/estar, saber convivir, saber transferir y querer hacer.
- ✓ Las competencias profesionales del colectivo de enfermería parten de un enfoque integrador y multidimensional partiendo de la base conceptual de que sus subdimensiones competenciales actúan conjuntamente sobre el comportamiento, no son independientes entre sí y dependen de los requerimientos específicos del entorno, las necesidades personales y las condiciones de incertidumbre a las que enfermería debe responder.
 - ✓ Los resultados de aprendizaje se asocian con facilidad a la dimensión de conocimientos y habilidad, pero poco a la dimensión de actitud por la dificultad de objetivar esta capacidad. Muchos de los resultados de aprendizaje descritos en esta investigación son comportamientos observables, de los cuales un gran número permiten evaluar la dimensión de la actitud, considerándose un resultado relevante para el colectivo de enfermería que cuida a este perfil de paciente.

Objetivo específico 2.1: Describir el grado de consenso sobre la implementación del modelo de gestión en atención al paciente crónico de cada institución.

- ✓ Los resultados de aprendizaje de las competencias profesionales siempre se tienen que enmarcar en el contexto en el que se desarrollan. Por ello, las enfermeras tienen que conocer del modelo de atención al paciente crónico del ámbito en el que trabajan las intervenciones que se llevan a cabo en el cuidado de este paciente y su grado de implementación.
- ✓ La existencia de profesionales que facilitan la coordinación y la continuidad asistencial especialmente en procesos de transición entre ámbitos asistenciales y en la planificación del alta hospitalaria, como las enfermeras gestoras de casos y otros perfiles con competencias avanzadas, son conocidas por el colectivo de enfermería, pero desconocen sus funciones.
- ✓ El trabajo multidisciplinar y la atención centrada en el paciente son indispensables para el abordaje a este perfil de paciente, existiendo voluntad por parte de las enfermeras de trabajar en equipo para centrar sus cuidados en la atención centrada

en la persona.

- ✓ La toma de decisiones compartida y la educación terapéutica está poco implementada, sobre todo en los ámbitos de hospitalización y urgencias. En relación con la educación terapéutica, aunque se considera que se realiza poco, enfermería lo considera un elemento clave en su día a día ya que es lo que facilita modificar y reforzar comportamientos saludables.
- ✓ Los protocolos y las guías de práctica clínica se consideran poco implementados; aunque se consideran relevantes para evitar la variabilidad de actuaciones y opciones diagnósticas y terapéuticas, las enfermeras destacan que debido a la incertidumbre que generan las peculiaridades de estos pacientes ayudan poco en la toma de decisiones.
- ✓ Las acciones formativas que las instituciones ofertan están relacionadas con temas específicos establecidos por especialidades y ámbitos; la mayoría se centran más en el aprendizaje de conocimientos, pero poco en el desarrollo de habilidades y menos de actitudes.

Objetivo específico 2.2: Consensuar las decisiones de enfermería más prevalentes en el marco de atención a estos pacientes.

- ✓ Las decisiones consensuadas que toman las enfermeras en su práctica profesional están más relacionadas con el proceso de cuidado del paciente y menos con la organización del entorno laboral.
- ✓ Revisar y valorar los tratamientos farmacológicos y decidir el grado de intensidad de curas en pacientes en trayectoria final de vida, son algunas de las decisiones consensuadas más tomadas. Desde la opinión de las enfermeras, psicológicamente resulta más difícil retirar un tratamiento que no instaurarlo.
- ✓ La decisión de administrar fármacos en situación de urgencia vital o en situación de últimos días a la espera de la prescripción médica es más común en hombres que en mujeres. Por el contrario, decidir en qué momento se inicia la educación terapéutica y decidir los recursos necesarios que se deben activar para garantizar una continuidad de los cuidados después del alta es más frecuente en las mujeres.
- ✓ Ante la incertidumbre de qué decisión tomar lo que hacemos como profesionales es recoger información, considerar las opciones, explorar posibilidades, y formular

pensamientos para justificar lo que proponemos hacer y porqué. En definitiva, lo que hacemos es un juicio reflexivo sobre qué creer y qué hacer y este juicio que constituye el centro del pensamiento crítico es lo que nos permite razonar y actuar sin rutinas establecidas, de forma individualizada y teniendo en cuenta el contexto en el que se lleva a cabo la decisión.

Objetivo específico 2.3: Conocer el estilo de toma de decisiones de cada uno de los profesionales que participaron en la acción formativa.

- ✓ La tendencia de las enfermeras que participaron en la formación es tomar decisiones con estrés y en consecuencia o bien delegan la toma de decisiones al médico o a otro profesional, aun no estando de acuerdo con lo que éstos deciden, o bien toman decisiones de forma impulsiva con poca reflexión y argumentación de otras alternativas. Por el contrario, también hubo enfermeras, la minoría, que toman decisiones considerando toda la información disponible (objetivos terapéuticos, valores y preferencias, pronóstico, plan de cuidados, contexto social...).

Objetivo específico 2.4: Consensuar propuestas de mejora para aumentar la eficacia de la toma de decisiones.

- ✓ Se han consensuado 4 grupos de propuestas de mejora. Por un lado, propuestas de mejora relacionadas con implementar instrumentos e intervenciones que deben ser evaluadas durante todo el proceso de cuidados como son, el plan terapéutico, escalas de valoración, protocolos y guías de práctica clínica y la educación terapéutica. Por otro lado, propuestas que ayudan a garantizar la continuidad asistencial entre los diferentes niveles de atención como son, establecer mejoras en el parte de enfermería, sesiones conjuntas entre Atención Primaria y Atención Especializada, circuitos de derivación, implementación de la consulta telefónica y mejorar en el documento de prealta. Otro grupo que se puede observar es el de propuestas dirigidas a mejorar la implicación familiar en el proceso de cuidado y en la toma de decisiones y, por último, dos grupos más de propuestas, las relacionadas con la mejora de la formación de los profesionales y las relacionadas con la mejora del trabajo en equipo.

- ✓ Los hombres consensuaron más las propuestas de implementar y revisar el plan terapéutico periódicamente, crear un área de urgencias específica con un equipo experto en paciente crónico, diseñar protocolos y GPC, implementar un centro de atención telefónica liderado por enfermeras expertas en el cuidado de estos pacientes y establecer acciones formativas para desarrollar competencias de trabajo en equipo, resolución de conflictos y comunicación interprofesional. Sin embargo, las mujeres consensuaron más conocer los servicios internos de que dispone la institución, profundizar en la información sobre el contexto del paciente e implementar sesiones periódicas mensuales entre ATDOM, EAIA y PADES.
- ✓ Las enfermeras con más de 20 años de experiencia consideraron muy útiles la mayoría de las 20 propuestas de mejora que se propusieron para mejorar la toma de decisiones a diferencia de los profesionales con menos años de experiencia.

Objetivo específico 2.5: Evaluar la eficacia de la herramienta Health Consensus como herramienta pedagógica útil para potenciar la reflexión grupal y generar consenso.

- ✓ La eficacia del Health Consensus viene más determinada por su valor pedagógico, como herramienta que potencia la reflexión y el pensamiento crítico, que por generar consenso. Llegar a un consenso o a otro es lo menos importante, la relevancia de la herramienta recae en dar la oportunidad a los participantes de pensar en lo que realizan en su práctica diaria, tomar conciencia de sus comportamientos, reflexionar, debatir y, este proceso puede generar consenso.

Objetivo específico 3.1: Identificar los aprendizajes que los profesionales pretendían implementar en su puesto de trabajo.

- ✓ Las enfermeras aprendieron conocimientos, habilidades y actitudes, resaltando en mayor grado la suma de habilidades y actitudes por encima de los
- ✓ Los aprendizajes más significativos y transferibles, en relación con los conocimientos, fueron el concepto de paciente crónico con necesidades complejas, las decisiones, modelos e instrumentos que más ayudan a la toma de decisiones, estrategias para mejorar la comunicación interprofesional, nuevos roles enfermeros, el significado de ser competente, cómo transferir lo aprendido y qué elementos condicionan la transferencia.

- ✓ Los aprendizajes más relevantes y transferibles, en relación con las habilidades, fueron estratificar al paciente según su grado de complejidad y fragilidad, activar recursos, detectar decisiones complejas y los factores que las condicionan e identificar aprendizajes que podían transferir en su lugar de trabajo.

Objetivo específico 3.2: Identificar qué elementos facilitan o dificultan la transferencia de los aprendizajes desde la opinión del profesional.

- ✓ Los elementos que facilitan la transferencia de los aprendizajes se pueden dividir en factores externos relacionados con el entorno o factores organizacionales (soporte de los compañeros y sus responsables, sentirse valorado, sentido de pertinencia, y en factores internos o individuales relacionados con la persona que debe implementar lo aprendido (grado de implicación, voluntad de transferir lo aprendido, motivación, seguridad, confianza, innovación y romper rutinas de trabajo establecidas). A su vez, se identificaron otros factores como su experiencia profesional y la importancia de recibir un feedback de los aprendizajes instaurados.
- ✓ Los factores que dificultan la transferencia de los aprendizajes también se pueden dividir en factores externos relacionados con el entorno, siendo la carga asistencial y la falta de recursos humanos y materiales los más identificados; en factores internos o relacionados con la persona siendo la falta de seguridad, la indecisión, la falta de gestión del tiempo y el estrés los más considerados.

Objetivo específico 3.3: Evaluar el grado de implementación de las propuestas de mejora diseñadas por los profesionales como resultado de la acción formativa y qué elementos facilitan o dificultan su implementación desde la opinión del profesional y de su responsable

- ✓ Los aprendizajes cuando se transfieren en el lugar de trabajo ya se convierten en mejoras, por tanto, los mismos elementos que facilitan o dificultan los aprendizajes son los que también facilitan o dificultan la implementación de las propuestas de mejora.
- ✓ Se implementaron 22 propuestas de las que 20 coincidieron enfermeras y gestoras en que se habían implementado. Todas ellas fueron relacionadas con la implementación y reevaluación de escalas de valoración (índice de Barthel, índice de

fragilidad-VGI, escala NECPAL, Braden, Dawton), la realización de planes terapéuticos teniendo en cuenta la valoración de enfermería de los tres turnos, establecer mejoras en el registro del documento de prealta y establecer sesiones diarias de seguimiento entre equipos interdisciplinarios (médico-enfermera), sesiones periódicas entre enfermeras de atención domiciliaria (ATDOM), del Equipo Evaluador Integral Ambulatorio (EAIA) y de PADES y seguimiento telefónico de los pacientes post-alta.

- ✓ La mayoría de las gestoras consideraron las propuestas de mejora implementadas útiles y pertinentes.
- ✓ Las gestoras, después de la formación, observaron cambios en todas las enfermeras. Los cambios que, según su opinión, durarían en el tiempo fueron, por un lado, cambios relacionados con el propio desarrollo personal (enfermeras más implicadas, reflexivas, críticas y motivadas) y cambios físicos y organizativos (mejora de los registros de enfermería, sesiones semanales entre Atención primaria y especializada, reuniones de equipo interdisciplinario, control telefónico post-alta, incorporación de escalas de valoración y actualización e implementación de los planes terapéuticos).
- ✓ Por el contrario, observaron otros cambios que no creían que durarían como son la instauración de reuniones diarias entre médico-enfermera, agilizar los ingresos en planta para evitar que estos pacientes pasen tantas horas en urgencias e incorporar el índice de Fragilidad y la escala NECPAL.

Objetivo específico 3.4: Describir las evidencias de la implementación de la propuesta y sus resultados

- ✓ Las evidencias que aportaron los participantes, durante la última sesión formativa, fueron presentaciones en powerpoint que mostraban resultados de mejora en la satisfacción y en la calidad de la atención, calendarios de reuniones realizadas entre equipos de diferentes ámbitos asistenciales, por ejemplo entre profesionales ATDOM y gestoras de casos con enfermeras del ámbito sociosanitario, registros de valoración enfermera de los diferentes turnos con aportaciones para los planes terapéuticos realizados, resultados de diferentes instrumentos como NECPAL y Índice de Fragilidad y registro de llamadas post-alta.

Objetivo específico 3.5: Evaluar el grado de satisfacción de los participantes en la acción formativa.

- ✓ La puntuación global del curso fue alta en la organización, contenidos, metodología de aprendizaje, experiencia de la formadora, materiales didácticos, adquisición de habilidades para aplicar en el lugar de trabajo y desarrollo profesional sobre todo en relación con desarrollo de competencias transversales como tomar decisiones y trabajar en equipo.
- ✓ La puntuación fue más baja en el horario de impartición, duración insuficiente, y condiciones del aula.

De todos los resultados obtenidos en esta investigación se han expuesto en este apartado los más relevantes. Como se ha podido constatar, se han conseguido la mayoría de ellos. A continuación, se exponen las limitaciones metodológicas que han podido afectar la validez y generalización de los resultados y las recomendaciones para futuras investigaciones.

LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Una de las principales limitaciones de la presente investigación es su contexto de aplicación. Esta investigación se ha llevado a cabo en las aulas de docencia de los hospitales estudiados, un contexto muy específico, donde sus características complejas pueden haber condicionado y limitado los resultados.

A pesar de que la utilización de un método de investigación mixto ha permitido acercarse y comprender la realidad de una manera más adecuada en nuestro contexto de investigación, deben detallarse algunas otras limitaciones existentes:

- ✓ Las características del estudio han condicionado que la muestra elegida no haya sido al azar. Desde una perspectiva cuantitativa puede considerarse una limitación importante ya que no se garantiza que las características de la población, a saber, enfermeras que trabajan en el cuidado de pacientes crónicos con necesidades complejas, estén representadas sin sesgos en los grupos de intervención.

- ✓ En relación con el tamaño muestral, podemos encontrar también limitaciones. Se podría considerar que el tamaño de la muestra de esta investigación no es suficientemente grande en la parte cuantitativa de la misma, y que ha dificultado la búsqueda de relaciones y generalizaciones significativas en algunos de los objetivos planteados. Es frecuente en la elección de la muestra, la consideración de los instrumentos empleados y la configuración y número de ítems de los mismos (García-García, Reding-Bernal y López-Alvarenga, 2013). En este caso, el objetivo era el uso y no la validación de los instrumentos, motivo por el cual se optó por una selección intencional de los miembros de la muestra. Esta selección intencional también se llevó a cabo para conseguir participantes expertas en el cuidado de pacientes crónicos con necesidades complejas de diferentes ámbitos. De aquí se deriva otra limitación y es la dificultad de generalizar los resultados de este estudio a otros colectivos enfermeros y en otros contextos.
- ✓ Podemos observar limitaciones entorno a las variables escogidas para el análisis de datos. En la fase 2, se utilizaron los instrumentos IEMACH/ARCHO del modelo de gestión y Decision Making Questionnaire II (DMQ-II) del estilo en la toma de decisiones. No se consideró recoger de forma completa el perfil de los participantes (edad, sexo, experiencia profesional, ámbito de trabajo y formación) y debido a ello no se pudieron relacionar dichas variables ni con la opinión sobre el modelo de gestión ni con los estilos de toma de decisiones encontrados. El motivo de la decisión fue considerar que lo más importante era la opinión global de las enfermeras participantes en la formación independientemente de sus perfiles. En futuras investigaciones debería considerarse la recogida de dichas variables.
- ✓ En la explotación de los datos relacionados con la herramienta Health Consensus sí que se incluyeron variables en relación con el perfil de los participantes. Lo que se pretendía con el uso del HC era potenciar la reflexión y el debate sobre su práctica diaria para consensuar sin establecer relaciones entre los consensos y las variables de perfil. Esto se puede ver como una limitación desde el punto de vista metodológico por su efecto más impreciso en los resultados.
- ✓ En relación con el objetivo de evaluar la eficacia del Health Consensus como herramienta pedagógica para facilitar la reflexión y el pensamiento crítico se observaron otras limitaciones. Se pretendía establecer una comparación pre-post

intervención para poner en relieve el valor pedagógico de la herramienta HC observando como la reflexión generaba debates que potenciaban el consenso condicionaban sus votaciones, pero finalmente, la falta de significación estadística no permitió establecer esta asociación. Aun así y por la experiencia vivida en el momento de la formación, cabe decir que la herramienta fue clave para potenciar el debate, favoreciendo la reflexión y el pensamiento crítico entre todos los participantes.

- ✓ En el Hospital El Vendrell solo se replicó la primera sesión del curso del Taulí y hubiera sido relevante replicar todas las sesiones del curso para establecer comparativas completas entre ambas instituciones teniendo en cuenta variables sociodemográficas y de contexto. En esta investigación no se consideró oportuno dado que la sesión en el Hospital El Vendrell se llevó a cabo con el único objetivo de evaluar el HC como herramienta. Pero en futuras investigaciones sería interesante realizar análisis más detallados.

SUGERENCIAS DE FUTURAS INVESTIGACIONES

Durante el desarrollo de la investigación y a partir de los resultados obtenidos, han surgido diferentes cuestiones que pueden considerarse objeto de estudio en futuras investigaciones:

- ✓ Este mismo estudio, con sus tres fases, podría tener un carácter prospectivo a largo plazo. Esto permitiría conocer en la fase 1 qué resultados de aprendizaje son los que la enfermera más realiza en su práctica asistencial diaria y en la fase 2 y 3 conocer el impacto a nivel de permanencia en el tiempo tanto de los aprendizajes adquiridos durante la formación y transferidos, como de las propuestas de mejora implementadas.
- ✓ Sería interesante realizar estudios más amplios y con muestras aleatorias de profesionales de diferentes categorías (médicos, enfermeras, técnicos en curas avanzadas en enfermería, fisioterapeutas, trabajadoras familiares) que permitieran mediante la práctica colaborativa y el aprendizaje interprofesional desarrollar la misma competencia, pero considerando a todos los miembros del equipo de salud, no solo a las enfermeras.

- ✓ La transferencia de los aprendizajes y las propuestas de mejora de esta investigación se llevaron a cabo durante los tres meses posteriores a la formación y aunque aportaron evidencias de las propuestas implementadas existe la duda de saber si estas propuestas permanecen en el tiempo. Por tanto, una propuesta de mejora sería conocer la evaluación de impacto de estas propuestas a lo largo del tiempo.
- ✓ El modelo de gestión de la cronicidad ha sido estudiado en dos hospitales siendo ambos de la misma comunidad autónoma. A pesar de que las políticas que rigen el modelo de gestión de atención a la cronicidad son parecidas, la población de referencia puede ser distinta y sería conveniente ampliar el estudio a poblaciones de otras comunidades para detectar si existen diferencias en los modelos y establecer sus causas.

De las propuestas para futuras investigaciones explicadas, sin duda se opta por realizar un estudio prospectivo sobre la transferencia de los aprendizajes vinculado a la utilidad para la mejora profesional y conocer a su vez, el impacto en el tiempo tanto de los aprendizajes adquiridos durante la formación y transferidos, como de las propuestas de mejora implementadas. Y, todo ello relacionado con variables sociodemográficas y de contexto que nos permitan determinar relaciones significativas entre ellas.

Cabe decir que esta investigación que nos proponemos seguir tiene un hándicap importante y es el contexto de pandemia que estamos viviendo. El impacto de la pandemia del COVID 19 ha sido, de forma global, devastador para la sociedad, para los profesionales de los ámbitos sanitarios y social y para la población en general. Su brusca irrupción ha supuesto para los servicios sanitarios una situación de máxima exigencia creando escenarios complejos para la toma de decisiones que se han visto influenciadas por la escasez de recursos, de profesionales y por la carga asistencial.

Aun así, debemos seguir investigando, sin olvidar las variables de estudio que van ligadas a la pandemia que estamos viviendo.

8. CONSIDERACIÓN FINAL

El colectivo de enfermería debe ser competente, con calidad humana y sentido común, capacitado para la comunicación y capaz de tomar decisiones que minimicen el sufrimiento. Se debe promover la humanización de la asistencia en los aspectos técnicos y relacionales para tratar al paciente como ser humano, realizando cuidados individualizados sin olvidar que cada persona es única e irrepetible. La enfermería es una profesión con identidad y atributos propios que desempeña funciones propias y delegadas, pero siempre con autonomía. Como profesión independiente y humanística debe apoyar y conseguir que el enfermo crónico con necesidades complejas sea respetado, que se tengan en cuenta sus preferencias, valores y dignidad. Este colectivo profesional debe estar preparado para tomar decisiones claras, precisas y con fundamento para saber cómo debe actuar, para ir mejorando y cambiando la situación deshumanizadora existente en la actualidad que conlleva un sufrimiento desmedido para el paciente, la familia y profesionales. La razón de ser de los profesionales de enfermería es el cuidar, pero debemos cuidar garantizando confort y calidad de vida al paciente y a su familia. Se hace patente la necesidad de formaciones que favorezcan espacios de reflexión que nos permitan pensar sobre lo que hacemos en nuestra práctica asistencial y nos ayuden a huir de rutinas establecidas que a menudo, no sabemos argumentar. En este sentido, los hallazgos de esta investigación pueden ser útiles, ya que arrojan luz sobre lo que la enfermera debe ser capaz de hacer para cuidar a estos pacientes y cómo acciones formativas basadas en metodologías participativas que potencien la reflexión, pueden ayudar a desarrollar competencias profesionales a pie de cama del paciente, en su domicilio, en la consulta de enfermería o en cualquier nivel asistencial en el que se encuentre el paciente. Aun así, cabe decir que estas evidencias se están viendo comprometidas hace un año debido a la pandemia por Covid-19 que ha centralizado todas las miradas en las personas contagiadas, provocando una situación de desamparo para los pacientes crónicos con necesidades de atención. Todo ello pone de manifiesto necesidades de mejora sobre el proceso de toma de decisiones y el rol profesional en la atención de estos pacientes.

No se trata de ofrecer soluciones específicas en función de donde están ingresados o son atendidos estos pacientes, o en función de quien les atiende, sino que es importante que la enfermera sea proactiva, con mirada abierta que le permita abordar la complejidad de los cuidados que requieren estos pacientes, de forma óptima. No existen respuestas mágicas ni universales, pero si respuestas que deriven de un abordaje multidisciplinar en el que enfermería, de manera cooperativa y con intención, potencie un cambio significativo en la atención a estos pacientes, especialmente a aquellos que están en situación de mayor complejidad y vulnerabilidad.

Es necesario reconceptualizar las competencias de enfermería para que enfermería ejerza un liderazgo clínico en el ámbito de su trabajo, con autonomía para la toma de decisiones complejas, basadas en la aplicación de la evidencia a su práctica profesional. Enfermería debe reconocerse como agente de transformación de la realidad en salud y esto significa, entre otros desafíos, la necesidad de redefinir su práctica asistencial, luchando por transformar su posición y por ofrecer una atención integral y humanizada que atienda las necesidades de salud de los pacientes crónicos con necesidades complejas. Las demandas asistenciales y las necesidades de salud de estas personas están presentando cambios y retos constantes a los servicios sanitarios, que requieren de la incorporación de nuevas respuestas y desarrollos por parte de profesionales de enfermería expertos y avanzados. Esperamos que las aportaciones de esta tesis contribuyan a alcanzar este reto de los servicios sanitarios.

9.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (2017). *Programa de Certificación de Competencias Profesionales*.
- Agència de Salut Pública de Catalunya. (2014). *Protocol de prevenció i atenció a la cronicitat*. 235. <http://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/1176>
- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. (2005). *Libro Blanco. Título de Grado de Enfermería*. ANECA. <https://fcsalud.ua.es/es/portal-de-investigacion/documentos/enlaces-de-interes/libro-blanco-de-la-enfermeria.pdf>
- Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya. (2015). *Ocupabilitat i Competències dels Graduats recents en infermeria*.
- Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya. (2019). *Guía para la Acreditación de las Titulaciones Oficiales de Grado y Máster*. http://www.aqu.cat/doc/doc_25645105_1.pdf
- Aguilar, S., & Barroso, J. (2015). La triangulación de datos como estrategia en investigación educativa. *Revista de Medios y Educación*, 47, 73-88. <https://doi.org/10.12795/pixelbit.2015.i47.05>
- Ahumada, P. (2003). *La Evaluación en una concepción de Aprendizaje significativo*. (2ª ed.). Ediciones Universitarias de Valparaíso.
- Al Hamid, A., Ghaleb, M., Aljadhey, H., & Aslanpour, Z. (2014). A systematic review of hospitalization resulting from medicine-related problems in adult patients. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 78(2), 202-217. <https://doi.org/10.1111/bcp.12293>
- Albertí, F., Miguélez, A., Moragues, G., & Serratusell, E. (2017). *Atención al paciente crónico complejo y al paciente crónico avanzado*.
- Alexander, M. F., & Runciman, P. J. (2003). *Marco de las competencias del CIE para la enfermera generalista*. [https://doi.org/10.1016/S0212-5382\(07\)70907-X](https://doi.org/10.1016/S0212-5382(07)70907-X)
- Alonso, M. J., Jiménez, J. M., Lorente, P., Bombín, J. Á., Gutiérrez, B., & Méndez, P. (2019). Evidencias de la aplicación de la Enfermería de Práctica Avanzada en España. *Parainfo Digital*, 13(29), 1-4. <http://ciberindex.com/p/pd/e023>
- Alonso, P., & Bonfill, X. (2007). Guías de práctica clínica (I): elaboración, implantación y evaluación. *Radiología*, 49(1), 19-22. [https://doi.org/10.1016/S0033-8338\(07\)73711-6](https://doi.org/10.1016/S0033-8338(07)73711-6)
- Alsina Masmitjà, J., Boix Tomàs, R., Burset Burillo, S., Buscà Donet, F., Casanellas Chuecos, M., Medir Tejado, L., Pujolà Font, J. T., Sayós i Santigosa, R., Solé Català, M., & Tilló Barrufet, T. (2013). Competències transversals a les titulacions de grau de la Universitat de Barcelona. Orientacions per al seu desenvolupament. En *Quaderns de*

- Ambllàs-Novellas J, Martori JC, Molist N, Oller R, Gómez-Batiste X, E. J. (2016). Diseño y evaluación de un Índice de Fragilidad basado en la Valoración Integral Geriátrica (Índice Frágil-VIG). *Revista española de geriatría y gerontología*, 52(3), 119-127. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2016.09.003>
- Ambllàs-Novellas, J. (2016). La fragilitat com a base del diagnòstic situacional davant el repte de la complexitat clínica al final de la vida [Universitat de Vic. Universitat Central Catalunya]. En *TDX (Tesis Doctorals en Xarxa)*. <http://www.tdx.cat/handle/10803/399501>
- Ambllàs-Novellas, J., Casas, S., Catalán, R. M., Oriol-Ruscalleda, M., Lucchetti, G. E., & Quervall, F. X. (2016). Innovando en la toma de decisiones compartida con pacientes hospitalizados: Descripción y evaluación de una herramienta de registro de nivel de intensidad terapéutica. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 51(3), 154-158. <https://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.07.004>
- Ambllàs-Novellas, J., Contel, J. C., Gutiérrez Jiménez, N., Barbeta, C., & Santauegènia, S. (2021). VIG-Express: Consensus on an express multidimensional/geriatric assessment system in Catalonia. *Atencion Primaria*, 53(4), 101993. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.101993>
- Ambllàs-Novellas, J., Espauella Panicot, J., Inzitari, M., Rexach, L., Fontecha, B., & Romero Ortuno, R. (2016). En busca de respuestas al reto de la complejidad clínica en el siglo XXI: a propósito de los índices de fragilidad. *Rev Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 52(3), 159-166. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2016.07.005>
- Ambllàs-Novellas, J., Murray, S. A., Oller, R., Torné, A., Martori, J. C., Moine, S., Latorre Vallbona, N., Espauella, J., Santauegènia, S. J., & Gómez Batiste, X. (2021). Frailty degree and illness trajectories in older people towards the end-of-life: a prospective observational study. *BMJ Open*, 11, 42645. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042645>
- Andrés, C. (2000). ¿Deben estar las técnicas de consenso incluidas entre las técnicas de investigación cualitativa? *Revista Española de Salud Pública*, 74(4), 319-322. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272000000400001>
- Andreu Andrés, M. A., & García Casas, M. (2014). Evaluación del pensamiento crítico en el trabajo en grupo. *Revista de Investigación Educativa*, 32(1), 203-222. <https://doi.org/10.6018/rie.32.1.157631>
- Appleby, C., & Camacho-Bejarano, R. (2014). Retos y oportunidades: Aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. *Enfermería Clínica*, 24(1), 90-98. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.008>
- Arain, M., Suter, E., Mallinson, S., Hepp, S., Deutschlander, S., Nanayakkara, S., Harrison, E., Mickelson, G., Bainbridge, L., & Grymonpre, R. (2017). Interprofessional education for internationally educated health professionals: an environmental scan. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10, 87-93. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S126270>
- Aramendi, P. (2006). Evaluar competencias. *Punto Edu*, 22-25.

- Arandojo, M. I., & Martín, J. L. (2017). Las TIC en la enfermería docente. *Ene*, 11(2).
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2017000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Arbeláez, M. C., & Onrubiai, J. (2016). Análisis bibliométrico y de contenido. Dos metodologías complementarias para el análisis de la revista colombiana Educación y Cultura. *Revista de Investigaciones · UCM*, 14(23), 14-31.
<https://doi.org/10.22383/ri.v14i1.5>
- Área de Salud de León. (2017). *Documento sobre la adecuación del esfuerzo terapéutico*.
<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/cuidados-paliativos/experiencias.ficheros/1133891-DOCUMENTO+SOBRE+LA+ADECUACION+DEL+ESFUERZO+TERAPEUTICO.pdf>
- Arenaz, A. F., Tejada-Fernández, J., Jurado, P., Navío-Gámez, A., & Ruiz, C. (2000). *El formador de Formación Profesional y Ocupacional*. Octaedro.
- Asociación malagueña de educación y formación europea. (2019). *Formación Continua*.
http://ameyfe.es/?page_id=294
- Ausubel, D. (2002). *Adquisición y retención del conocimiento: una perspectiva cognitiva*. Paidós Ibérica.
- Avalos, C. (2015). *Mixed Methods. Part 2*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.2794.5046>
- Aznar Díaz, I., Rey de la Cruz, R., & Romero Rodríguez, J. (2018). Implicación de las empresas en la Formación Profesional para el Empleo. Análisis sobre la idoneidad de la selección de sus acciones formativas. *European Scientific Journal*, 14(10), 18-31.
<http://dx.doi.org/10.19044/esj.2018.v14n10p18>
- Baldwin, T. T., & Ford, J. (1988). Transfer of training: a review and directions for future research. *Personnel Psychology*, 41(1), 63-105. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1988.tb00632.x>
- Barbera, Cecagno, D., Llor, A. M. S., Siqueira, H. C. H. de, López Montesinos, M. J., & Macià Soler, L. (2015). Formación académica del profesional de enfermería y su adecuación al puesto de trabajo. *Revista latino-americana de enfermagem*, 23(3), 404-410.
- Barbera, M., del Carmen, M., Cecagno, D., Seva, A., Heckler de Siqueira, H., Lóez, M., & Macià, L. (2015). Formación académica del profesional de enfermería y su adecuación al puesto de trabajo. *Rev.Latino-Am.Enfermagem*, 23(3), 404-410.
<https://doi.org/10.1590/0104-1169.0432.2569>
- Barbera Ortega, M. del C., Cecagno, D., Seva Llor, A. M., Heckler de Siqueira, H. C., López Montesinos, M. J., & Macià Soler, L. (2015). Formación académica del profesional de enfermería y su adecuación al puesto de trabajo. *Revista latino-americana de enfermagem*, 23(3), 404-410. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0432.2569>
- Barbero, I., Vila, E., Macià, A., Pérez-Llantada, C., & Navas, M. (1993). Adaptación española del cuestionario DMQII de Leon Mann. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 46(3), 333-338.
- Barbero, J., Prados, C., & González, A. (2011). Hacia un modelo de toma de decisiones

- compartida para el final de la vida. *repositorio.uam.es*, 8, 143-168.
https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n1.11
- Barr, H. (1998). Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 12(2), 181-187.
<https://doi.org/10.3109/13561829809014104>
- Bayne, S., Knox, J., & Ross, J. (2015). Open education: the need for a critical approach. *Learning, Media and Technology*, 40(3), 247-250.
<http://dx.doi.org/10.1080/17439884.2015.1065272>
- Berenguera, A., Fernández de Sanmamed, M. J., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez, D., & Saura, S. (2014a). *Escuchar, observar y comprender. Recuperado la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la Investigación cualitativa*. Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAPJ.Gol).
- Berenguera, A., Fernández de Sanmamed, M., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez, D., & Saura, S. (2014b). *Escuchar, observar y comprender. Recuperado la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la Investigación cualitativa*. Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAPJ.Gol).
- Bernal, A. C. A. ., & Arocena, F. A. V. . (2014). Patrones de toma de decisiones y autoconfianza en adolescentes bachilleres. *Revista de Psicología*, 32(1), 39-65.
<https://psycnet.apa.org/record/2014-35742-002>
- Blanco, N., & Pirela, J. (2016). La complementariedad metodológica: Estrategia de intervención de enfoques en la investigación social. *Espacios Públicos*, 19(45).
- Blanco Prieto, A. (2007). *Trabajadores competentes. Introducción y reflexiones sobre la gestión de recursos humanos por competencias*. Editorial ESIC.
- Blanié, A., Roulleau, P., Mengelle, C., & Benhamou, D. (2017). Comparison of learning outcomes between learning roles (spectator and actor) during an immersive simulation. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*, 36(4), 243-244.
<https://doi.org/10.1016/J.ACCPM.2016.09.005>
- Blažun, H., Kokol, P., & Vošner, J. (2015). Research literature production on nursing competences from 1981 till 2012: A bibliometric snapshot. *Nurse Education Today*, 35(5), 673-679. <https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2015.01.002>
- Blumenthal, D., Chernof, B., Fulmer, T., Lumpkin, J., & Selberg, J. (2016). Caring for High-Need, High-Cost Patients — An Urgent Priority. *New England Journal of Medicine*, 375(10), 909-911. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1608511>
- Ley Orgánica 2/2006 de 3 de May (Educación), (2006).
<https://www.iberley.es/legislacion/ley-organica-2-2006-3-may-educacion-3654509>
- Real Decreto 694/2017, (2017). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2017-7769&p=20170705&tn=2>
- Boyatzis, R. . (1982). *The competency manager: a model for effectiveness performance*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Braz da Silva, C. M., Paiva de Menezes, R. M., & Guilherme, R. (2017). Evaluation of

Learning and Competence in the Training of Nurses. *International Archives of Medicine*, 10(27), 1-11. <http://dx.doi.org/10.3823/2297>

Bueno, M. J. (2013). Limitación del esfuerzo terapéutico: Aproximación a una visión de conjunto. *Enfermería Intensiva*, 24(4), 167-174.
<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2013.04.003>

Bullich-Marín, I., Garreta-Burriel, M., & Solé-Casals, M. (2016). Competencias avanzadas en las enfermeras de atención intermedia. *Enfermería Clínica*, 26(5), 330-331.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.06.006>

Bunk, G. (1994). La transmisión de las competencias en la formación y perfeccionamiento profesionales de la RFA. *Revista Europea de Formación Profesional*, 1, 8-14.
http://dialnet.unirioja.es/servlet/dcfichero_articulo?codigo=131116

Cabanillas, J. L., Luengo, R., & Torres, J. L. (2019). Diferencias de actitud hacia las TIC en la formación profesional en entornos presenciales y virtuales (Plan @vanza). *Pixel-Bit, Revista de Medios y Educación*, 0(55), 37-55.
<http://dx.doi.org/10.12795/pixelbit.2019.i55.03>

Cabrera, FA. (1993). La evaluación en las sesiones instructivas. En F Cabrera, T. Donoso, & M. . Marín (Eds.), *Manual de formación pedagógica básica para formadores* (pp. 215-263). PPU.

Camilloni, A. (2013). La inclusión de la educación experiencial en el currículo universitario. En G. Menéndez (Ed.), *Integración, docencia y extensión. Otra forma de aprender y de enseñar* (pp. 11-21). UNL.

Campillo Artero, C. (2005). Algunas vertientes prácticas de las guías de práctica clínica. *Gaceta Sanitaria*, 19(5), 398-400.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000500009&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Campos Carreño, M. L., Velasco, C. B., Araya, J. P., & Gaete, C. E. (2021). Construcción y validación de una escala de autoeficacia en el trabajo. *Información tecnológica*, 32(3), 47-56. <https://doi.org/10.4067/s0718-07642021000300047>

Campoy Aranda, T. J., & Gomez Araújo, E. (2015). Técnicas e Instrumentos cualitativos de recogida de datos. En A. Pantoja Vallejo (Ed.), *Manual básico para la realización de tesinas, tesis y trabajos de investigación* (pp. 273-300). EOS.

Cano García, E. (2008). La evaluación por competencias en la educación superior. *Profesorado: revista de currículum y formación del profesorado*, 12, 1-16.
<https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2007.11.003>

Carey, T., & Trick, D. (2013). *How Online Learning affects productivity, cost and quality in Higher Education: An Environmental Scan and Review of the literature*. Higher Education Quality Council of Ontario.

Carrillo, A., Martínez, P., & Taborda, S. (2018). Aplicación de la Filosofía de Patricia Benner para la formación en enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(2), [aprox. 12 p.].
<http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1522/358>

- Carrillo Algarra, A. J., García Serrano, L., Cárdenas Orjuela, C. M., Díaz Sánchez, I. R., & Yabrudy Wilches, N. (2013). La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Enferm Global*, 12(32), 346-361.
- Castañeda-Hernández, M. A. (2019). Atención centrada en el paciente y práctica interprofesional colaborativa. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 27(1), 1-3. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=87298>
- Castejón, F. J., Santos, M. L., & Palacios, A. (2015). Questionnaire On Methodology And Assessment In Physical Education Initial Training. pp. 245-267. *RIMCAFD*, 58(2015), 245-267. <https://doi.org/10.15366/rimcafd2015.58.004>
- Castillo Arredondo, S. (2002). *Compromisos de la Evaluación Educativa*. Pearson Educación.
- Cervero, R. M., & Rottet, S. (1984). Analyzing the effectiveness of continuing professional education at the workplace: an exploratory study. *Adult Education Quarterly*, 34(3), 135-146. <https://doi.org/10.1177/0001848184034003002>
- Cesari, M., Marzetti, E., Canevelli, M., & Guaraldi, G. (2017). Geriatric syndromes: How to treat. *Virulence*, 8(5), 577-585. <https://doi.org/10.1080/21505594.2016.1219445>
- Chang, E. C. (2000). Perfectionism as a predictor of positive and negative psychological outcomes: Examining a mediation model in younger and older adults. *Journal of Counseling Psychology*, 47(1), 18-26. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.47.1.18>
- Chaves, M. M., Menezes Brito, M. J., Cozer Montenegro, L., & Alves, M. (2010). Competencias profesionales de los enfermeros: el método developing a curriculum como posibilidad para elaborar un proyecto pedagógico. *Enferm Global*, 18, 1-18. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412010000100012>
- Chi, W. C., Wolff, J., Greer, R., & Dy, S. (2017). Multimorbidity and Decision-Making Preferences Among Older Adults. *The Annals of Family Medicine*, 15(6), 546-551.
- Church, C. D. (2016). Defining Competence in Nursing and Its Relevance to Quality Care. *J Nurses Prof Dev*, 32(5), E9-E14. <http://dx.doi.org/10.1097/NND.0000000000000289>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. (2019). *Qué es la Formación Continuada en Ciencias de la Salud*. <https://www.consejogeneralenfermeria.org/que-es>
- Consejo General de Enfermería. (1989). *Código Deontológico de la Enfermería Española*. (Resolución nº 32/89). https://www.colegioenfermeriamalaga.com/documentos/vu/Codigo_Deontologico.pdf
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2012). *Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería*. http://www.enfermerialeon.com/docs/comision_deo/CodigoCIE2012.pdf
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2017). Código deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras para la profesión de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 25(2), 83-84. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim172b.pdf>

- Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. (2013). *Codi d'Ètica d'infermeres i infermers de Catalunya*.
- Contel, J. C., Muntané, B., & Camp, L. (2012). La atención al paciente crónico en situación de complejidad: El reto de construir un escenario de atención integrada. *Aten Primaria, 44*(2), 107-113. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2011.01.013>
- Corbacho, A. M. (2017). El aprendizaje interdisciplinario, intensivo e integrado como herramienta para el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes en estudiantes de grado. *INTERdisciplina, 5*(13), 63-85. <https://biblat.unam.mx/es/revista/interdisciplina/articulo/el-aprendizaje-interdisciplinario-intensivo-e-integrado-como-herramienta-para-el-desarrollo-de-conocimientos-habilidades-y-actitudes-en-estudiantes-de-grado>
- Coronado Vázquez, V., Gómez Salgado, J., Cerezo Espinosa De Los Monteros, J., Ayuso Murillo, D., & Ruiz Frutos, C. (2019). Shared Decision-Making in Chronic Patients with Polypharmacy: An Interventional Study for Assessing Medication Appropriateness. *J. Clin. Med, 8*(904), 1-13. <https://doi.org/10.3390/jcm8060904>
- Corrales-Nevaldo, D., Alonso-Babarro, A., & Rodríguez-Lozano, M. Á. (2012). Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria, 26*(S), 63-68. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.032>
- Cote, L. P., & García, A. M. (2016). Estrés como factor limitante en el proceso de toma de decisiones: una revisión desde las diferencias de género. *Avances en Psicología Latinoamericana, 34*(1), 19-28. <https://doi.org/10.12804/apl34.1.2016.02>
- Coulter, A., Entwistle, V. A., Eccles, A., Ryan, S., Shepperd, S., & Perera, R. (2015). Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 3*, 1-98. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010523.pub2>
- Creswell, J. (2008). *Mixed Methods Research: State of the Art. [Power Point Presentation]. University of Michigan*.
- Creswell, J. W., & Plano Clarck, V. L. (2018). *Designing and Conducting Mixed Methods Research* (3ª Ed). Sage publications.
- Cruzata, Y., & Deroncele, A. (2017). *Competencias emocionales en gestores de capital humano. Intervención psicosocial*. Monografía (no publicada). Universidad de Oriente.
- Csoban-Mirka, E., & Yáber-Oltra, G. (2018). Modelado de las competencias en profesores de educación superior. *In Crescendo, 9*(3), 541-556.
- Cuadra-Martínez, D. J., Castro, P. J., & Juliá, M. T. (2018). Tres Saberes en la Formación Profesional por Competencias: Integración de Teorías Subjetivas, Profesionales y Científicas. *Formación universitaria, 11*(5), 19-30. <https://doi.org/10.4067/S0718-50062018000500019>
- Day, J., & Bobeva, M. (2005). A generic toolkit for the successful management of Delphi studies. *Electronic Journal of Business Research Methods, 3*(2), 103-116. https://www.researchgate.net/publication/229004726_A_generic_toolkit_for_the_suc

cessful_management_of_Delphi_studies

- Day, L. A. (2006). *Ethics in Media Communications: Cases and Controversies*.
- de Carvalho, E. C., Eduardo, A. H. A., Romanzini, A., Simão, T. P., Zamarioli, C. M., Garbuio, D. C., & Herdman, T. H. (2018). Correspondence Between NANDA International Nursing Diagnoses and Outcomes as Proposed by the Nursing Outcomes Classification. *International Journal of Nursing Knowledge, 29*(1), 66-78.
<https://doi.org/10.1111/2047-3095.12135>
- De La Guardia Gutiérrez, M. A., & Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *J. negat. no posit. results, 5*(1), 81-90. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
- de la Mano, M., & Moro, C. M. (2009). La evaluación por competencias: propuesta de un sistema de medida para el grado en Información y Documentación. *BiD: textos universitaris de biblioteconomia i documentació, 23*, 1-16.
<https://doi.org/10.1344/105.000001504>
- de la Rica Escuín, M., García Barrecheguren, A., & Monche Palacín, A. M. (2019). Valoración de la necesidad de atención paliativa de pacientes crónicos avanzados en el momento del alta hospitalaria. *Enfermería Clínica, 29*(1), 18-26.
<https://doi.org/10.1016/J.ENFCLI.2018.07.004>
- De Miguel, M. (2005). *Modalidades de Enseñanza centradas en el desarrollo de competencias*. Universidad de Oviedo.
https://www2.ulpgc.es/hege/almacen/download/42/42376/modalidades_ensenanza_competencias_mario_miguel2_documento.pdf
- de Toro, J., Cea Calvo, L., García Vivar, M. L., Pantoja, L., Lerín Lozano, C., García Díaz, S., Galindo, M. J., Marín Jiménez, I., Fernández, S., Mestre, Y., & Orozco Beltrán, D. (2021). The Experience With Health Care of Patients With Inflammatory Arthritis: A Cross-sectional Survey Using the Instrument to Evaluate the Experience of Patients With Chronic Diseases. *Journal of clinical rheumatology : practical reports on rheumatic & musculoskeletal diseases, 27*(1), 25-30.
<https://doi.org/10.1097/RHU.0000000000001155>
- Decramer, A., Audenaert, M., Van Waeyenberg, T., Claeys, T., Claes, C., Vandeveldel, S., van Loon, J., & Crucke, S. (2015). Does performance management affect nurses' well-being? *Evaluation and Program Planning, 49*, 98-105.
<http://dx.doi.org/10.1016/J.EVALPROGPLAN.2014.12.018>
- Del Rio Camara, M., Paino, M., Viñas, I., Arteagoitia, M., Zabala, I., & Sola, C. (2016). Evaluating Integrated Care in the Basque Country: Using IEMAC-ARCHO and D'Amour Questionnaire. *International Journal of Integrated Care, 16*(6), 277.
<https://doi.org/10.5334/ijic.2825>
- Delbecq, A., Van de Ven, A., & Gustafson, D. (1975). *Group techniques for program planning: A guide to nominal group and Delphi processes*. Foresman & Co.
- Departament de Salut. (s. f.). *Pla de Salut de Catalunya 2016-2020*. Generalitat de Catalunya.

- Departament de Salut. (2017). *Bases per a un Model català d'Atenció a les persones amb necessitats complexes: conceptualització i introducció als elements operatius*. Generalitat de Catalunya. <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/3305>
- Detering, K. M., Hancock, A. D., Reade, M. C., & Silvester, W. (2010). The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)*, *340*(23), c1345. <https://doi.org/10.1136/bmj.c1345>
- Diario Oficial de la Unión Europea. (2005). *Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales*. <https://www.boe.es/doue/2005/255/L00022-00142.pdf>
- Dierckx de Casterlé, B., Izumi, S., Godfrey, N. S., & Denhaerynck, K. (2008). Nurses' responses to ethical dilemmas in nursing practice: meta-analysis. *Journal of advanced nursing*, *63*(6), 540-549. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04702.x>
- Diestre Ortín, G., González Sequero, V., Collell Domènech, N., Pérez López, F., & Hernando Robles, P. (2013). Planificación anticipada de decisiones en las enfermedades crónicas avanzadas. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, *48*(5), 228-231. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2013.01.001>
- Direcció General de Planificació en Salut del Departament de Salut. (2020a). *Bases conceptuals i model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA)*. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxius/Model-de-Bases-de-Cronicitat.pdf
- Direcció General de Planificació en Salut del Departament de Salut. (2020b). *Model català de conferència de cas. Metodologia per a la presa de decisions compartida en situacions de complexitat*. https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxius/conferencia-cas.pdf
- Dobbie, A., Rhodes, M., Tysinger, J. W., & Freeman, J. (2004). Using a modified nominal group technique as a curriculum evaluation tool. *Family medicine*, *36*(6), 402-406. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15181551>
- Dolgoff, Loewenberg, & Harrington. (2012). *Ethical decisions for Social Work Practice* (9^a ed). Brooks/Cole Empowerment.
- Dominguez, G. (2001). La Sociedad del Conocimiento y las organizaciones educativas como generadoras de conocimiento: el nuevo «continuum» cultural y sus repercusiones en las dimensiones de una organización. *Revista Complutense de Educación*, *12*(485-528), 44.
- Dominguez Romero, A., & Ciprés Añaños, E. (2020). Competencias de las enfermeras de práctica avanzada y su aplicación en el paciente crónico. *Revista Sanitaria de Investigación*. <https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com/competencias-de-las-enfermeras-de-practica-avanzada-y-su-aplicacion-en-el-paciente-cronico/>
- Dordoni, P. (2007). *Bioética y Pluralismo: el método socrático en la tradición de Leonard*

Nelson y Gustav Heckmann en Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

- Eamer, G., Taheri, A., Chen, S. S., Daviduck, Q., Chambers, T., Shi, X., & Khadaroo, R. G. (2018). Comprehensive geriatric assessment for older people admitted to a surgical service. En *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2018, Número 1). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012485.pub2>
- Edith, C., & Alexandra, L. (2019). Competencias Interprofesionales o colaborativas en profesionales o equipos de salud. Revisión de Alcance. *Salud & Sociedad*, 4(1-2), 47-59. https://revistas.uptc.edu.co/index.php/salud_sociedad/article/view/11649
- Ehuletche, A. M., & Terroni, N. N. (2019). La técnica del grupo nominal analizada desde los efectos de la interacción social en grupos colaborativos. *Revista Perspectivas en Psicología*, 1(1), 1-19. <http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/993>
- Ellis, G., Gardner, M., Tsiachristas, A., Langhorne, P., Burke, O., Harwood, R. H., Conroy, S. P., Kircher, T., Somme, D., Saltvedt, I., Wald, H., O'Neill, D., Robinson, D., & Shepperd, S. (2017). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. En *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2017, Número 9). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006211.pub3>
- Elwyn, G, O'Connor, A., Stacey, D., Volk, R., Edwards, A., Coulter, A., Thomson, R., Barratt, A., Barry, M., Bernstein, S., Butow, P., Clarke, A., Entwistle, V., Feldman-Stewart, D., Holmes-Rovner, M., Llewellyn-Thomas, H., Moumjid, N., Mulley, A., Ruland, C., ... Whelan, T. (2006). Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process. *Bmj*, 333(7565), 417. <https://doi.org/bmj.38926.629329.AE> [pii] 10.1136/bmj.38926.629329.AE
- Elwyn, Glyn, Durand, M. A., Song, J., Aarts, J., Barr, P. J., Berger, Z., Cochran, N., Frosch, D., Galasiski, D., Gulbrandsen, P., Han, P. K. J., Härter, M., Kinnersley, P., Lloyd, A., Mishra, M., Perestelo-Perez, L., Scholl, I., Tomori, K., Trevena, L., ... Van Der Weijden, T. (2017). A three-talk model for shared decision making: Multistage consultation process. *BMJ (Online)*, 359, j4891. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4891>
- Epstein, D., Bermúdez-Tamayo, C., Cantarero, D., Negrín Hernández, M. Á., & Álvarez-Dardet, C. (2018). La toma de decisiones en salud pública basada en la evidencia. *Gaceta Sanitaria*, 32(5), 403-404. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.05.001>
- European Commission. (2018). *The European Higher Education Area in 2018: Bologna Process Implementation Report*. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2797/63509>
- European Higher Education Area. (2015). *Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area*. https://www.enqa.eu/wp-content/uploads/2015/11/ESG_2015.pdf
- Facione, P. (2007). *Pensamiento Crítico : ¿ Qué es y por qué es importante ?* (pp. 23-56). California Academic Press. <http://eduteka.icesi.edu.co/modulos/6/134/733/1>
- Felipe, J., Herrera, E., & López, J. (2011). Diferencias de género en la toma de decisiones. *Cultura, educación y sociedad*, 2(1), 35-42.
- Fernández-Salineró, C. (2006). Las competencias en el marco de la convergencia europea:

- Un nuevo concepto para el diseño de programas educativos. *Encounters on Education*, 7, 131-153.
- Fernández Cano, P., Solas Gaspar, O., Guilabert Mora, M., & Nuño-Solinís, R. (2016). Assessing integration in diabetes care: utility of the instrument IEMAC-ARCHO. *International Journal of Integrated Care*, 16(6), 135. <https://doi.org/10.5334/ijic.2684>
- Fernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ª ed.). México: McGraw-Hill Interamericana. <https://metodologiaeecs.wordpress.com/2015/03/02/libro-metodologia-de-la-investigacion-2010-5ta-ed-sampieri-online/>
- Ferreira, R. M. F., Cubo, S., & Carioca, V. J. de J. (2017). Motivaciones, necesidades e importancia atribuida a la formación continua en el desarrollo de habilidades profesionales del profesorado en la enseñanza de enfermería. *Enseñanza & Teaching: Revista Interuniversitaria de Didáctica*, 35(2), 77. <http://doi.dx.org/10.14201/et20173527796>
- Ferreira, R. M. F., Nunes, A. C. P., Ferreira, R. M. F., & Nunes, A. C. P. (2019). A formação contínua no desenvolvimento de competências do professor de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, e20180171. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180171>
- Ferrell, O., Gresham, L., & Fraedrich, J. (1989). A Synthesis of Ethical Decision Models for Marketing. *J Macromarketing Fall*, 9, 55-64.
- Fontecha-Gómez, B. J., Amblàs-Novellas, J., Betancor-Santana, É., Rexach-Cano, L., Ugarte, M. I., López-Pérez, A., Planas, K., Gutiérrez-Jiménez, N., Casas-Floriano, R., García-Fortea, C., Serrano-Bermúdez, G., Rotllàn-Terradellas, M., & Fernández-Ponce, D. (2018). Protocolo territorial de adecuación de la intensidad terapéutica. Área Metropolitana Sur de Barcelona. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 53(4), 217-222. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.01.003>
- Formiga, F., Vivanco, V., Cuapio, Y., Porta, J., Gómez-Batiste, X., & Pujol, R. (2003). Morir en el hospital por enfermedad terminal no oncológica: Análisis de la toma de decisiones. *Medicina Clinica*, 121(3), 95-97. <https://doi.org/10.1157/13049262>
- Fourie, C. (2015). Moral distress and moral conflict in clinical ethics. *Bioethics*, 29(2), 91-97. <https://doi.org/10.1111/bioe.12064>
- Fried, L. P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J. D., & Anderson, G. (2004). Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(3), M255-M263. <https://doi.org/10.1093/gerona/59.3.M255>
- Fuentes Olavarría, D., Toro Rodríguez, J., Ahumada Fuenzalida, P., Espinoza Lynch, M. I., Oyarte Gálvez, M., Paulina Ahumada, Lynch, M. I. E., & Gálvez, M. O. (2018). Cambio de actitud de estudiantes de Enfermería hacia la enfermedad mental mediante aprendizaje experiencial. *Educación Médica Superior*, 33(1), e1514. <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1514>
- García Caballero, R., Herreros, B., Real de Asúa, D., Gámez, S., Vega, G., & García Olmos, L.

- (2018). Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en servicios de medicina interna. *Revista Clínica Española*, 218(1), 1-6.
<https://doi.org/10.1016/j.rce.2017.10.001>
- García García, J. A., Reding Bernal, A., & López Alvarenga, J. C. (2013). Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Investigación en Educación Médica*, 2(8), 217-224. [https://doi.org/10.1016/s2007-5057\(13\)72715-7](https://doi.org/10.1016/s2007-5057(13)72715-7)
- García, L. (2017). Educación a distancia y virtual: calidad, disrupción, aprendizajes adaptativo y móvil. *Revista Iberoamericana de Educación a Distancia*, 20(2), 9-25.
- García, L. (2017). Educación a distancia y virtual: calidad, disrupción, aprendizajes adaptativo y móvil. *Revista Iberoamericana de Educación a Distancia*, 20(2), 9-25.
<http://dx.doi.org/10.5944/ried.20.2.18737>
- García Martínez, M. A., Vila Iglesias, I., & Veiga Candos, D. (2013). Decisiones compartidas en la enfermedad avanzada. *Galicía Clin*, 74(4), 157-160.
- Geisler, M., & Allwood, C. M. (2015). Competence and quality in real-life decision making. *PLoS ONE*, 10(11), e0142178. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142178>
- Generalitat de Catalunya. (2012). *Pacient crònic complex: Projecte de programa d'atenció al pacient crònic complex. Pla de salut 2011-2015*. (pp. 1-20).
- Gimeno, F., Buceta, J., Lahoz, D., & Sanz, G. (1998). Evaluación del proceso de toma de decisiones en el contexto de arbitraje deportivo: Propiedades psicométricas de la adaptación española del cuestionario DMQ-II en árbitros de balonmano. *Revista de Psicología del deporte*, 7, 249-260.
- Gionfriddo, M. R., Leppin, A. L., Brito, J. P., Leblanc, A., Boehmer, K. R., Morris, M. A., Erwin, P. J., Prokop, L. J., Zeballos Palacios, C. L., Malaga, G., Miranda, J. J., McLeod, H. M., Rodríguez Gutiérrez, R., Huang, R., Morey Vargas, O. L., Murad, M. H., & Montori, V. M. (2014). A systematic review of shared decision making interventions in chronic conditions: a review protocol. *Systematic reviews*, 3(1), 38.
<http://dx.doi.org/10.1186/2046-4053-3-38>
- Gnatzy, T., Warth, J., von der Gracht, H., & Darkow, I. L. (2011). Validating an innovative real-time Delphi approach - A methodological comparison between real-time and conventional Delphi studies. *Technological Forecasting and Social Change*, 78(9), 1681-1694. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2011.04.006>
- Goethals, S., Dierckx de Casterlé, B., & Gastmans, C. (2013). Nurses' ethical reasoning in cases of physical restraint in acute elderly care: a qualitative study. *Medicine, health care, and philosophy*, 16(4), 983-991. <https://doi.org/10.1007/s11019-012-9455-z>
- Goethals, S., Gastmans, C., & de Casterlé, B. D. (2010). Nurses' ethical reasoning and behaviour: a literature review. *International journal of nursing studies*, 47(5), 635-650.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.12.010>
- Gómez-Batiste, X., Lasmarías, C., Calsina, A., González Barboteo, J., Amblas-Novellas, J., Contel, J., Ledesma, A., González Mestre, A., & Blay, C. (2013). *Reflexions ètiques sobre la identificació, registre i millora de l'atenció de les persones en situació crònica de complexitat clínica i malaltia avançada (PCC i MACA)*. <http://comitebioetica.cat/wp->

content/uploads/2013/12/Maca-deseembre2013.pdf

- Gómez-Batiste, X., Martínez Muñoz, M., Blay, C., Amblàs-Novellas, J., Vila, L., & Costa, X. (2013). Identificación de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidad de atención paliativa en servicios sanitarios y sociales: elaboración del instrumento NECPAL CCOMS-ICO©. *Medi Clin*, 140(6), 241-245.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2012.06.027>
- Gómez-Rojas, J. (2015). Las competencias profesionales. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 38(1), 49-55.
- Gómez del Pulgar, M. (2013). *Evaluación de Competencias en el Espacio Europeo de Educación Superior: un instrumento para el grado de enfermería. Tesis doctoral* [Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/21343/>
- Gómez del Pulgar, M., García-Madrid, M., Pacheco del Cerro, E., González Jurado, M. A., Fernández Fernández, M. P., & Beneit Montesinos, J. V. (2017). Diseño y validación de contenido de la escala ECOEnf para la evaluación de competencias enfermeras. *Index de Enfermería*, 26(4), 265-269.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Gómez, M. (2013). *Evaluación de Competencias en el Espacio Europeo de Educación Superior*.
- González Calvo, G., & Barba, J. (2014). Formación permanente y desarrollo de la identidad reflexiva del profesorado desde las perspectivas grupal e individual. *Revista de currículum y formación del profesorado*, 18(10), 398-412.
<https://www.ugr.es/~recfpro/rev181COL12res.pdf>
- González, J., & Wagenaar, R. (2009). Una introducción a Tuning Educational Structures in Europe. La contribución de las universidades al proceso de Bolonia. *Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto*, 96.
http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/documents/General_Brochure_Spanish_version.pdf
- Gracia, D. (2021). Ética médica. En C. Rozman Borstnar & F. Cardellach López (Eds.), *Compendio de Medicina Interna* (7ª ed, pp. 32-39). Elsevier.
- Gracia, D., & Pose, C. (2011). Procedimiento o método de toma de decisiones. En *Título de experto en ética médica*. Organización Médica Colegial.
http://www.ffomc.org/CursosCampus/Experto_Etica_Medica/U7_Procedimiento_o_metodo_de_toma_de_decisiones.pdf
- Granado, C., Puig, M., & Aguila, S. (2012). ¿Planeamos la formación continua para ser transferida? Descripción de un instrumento para el análisis del diseño de la transferencia. *Revista educativa Hekademos*, 12, 53-60.
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4161938&info=resumen&idioma=ENG>
- Grotelueschen, A. (1990). *The effectiveness of mandatory continuing education for licensed accountants in public practice in the state of New York*. Academic Press.

- Grup de treball del Model català de planificació anticipada de les decisions. (2016). *Model català de planificació de decisions anticipades*. <https://docplayer.es/83093601-Model-catala-de-planificacio-de-decisiones-anticipades.html>
- Gual, N., Yuste Font, A., Enfedaque Montes, B., Blay Pueyo, C., Martín Álvarez, R., & Inzitari, M. (2017). Profile and evolution of chronic complex patients in a subacute unit. *Atencion Primaria*, 49(9), 510-517. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.11.010>
- Guerra Santana, M., Rodríguez Pulido, J., & Artilés Rodríguez, J. (2018). Aprendizaje colaborativo: experiencia innovadora en el alumnado universitario. *Revista de estudios y experiencias en educación*, 17(35), 269-281. <https://doi.org/10.21703/rexe.20191836guerra5>
- Guerrero-Castañeda, R. F., do Prado, M. L., & Ojeda Vargas, M. G. (2016). Reflexión crítica epistemológica sobre métodos mixtos en investigación de enfermería. *Enfermería Universitaria*, 13(4), 246-252. <https://doi.org/10.1016/J.REU.2016.09.001>
- Gutiérrez Rodríguez, L., García Mayor, S., Cuesta Lozano, D., Burgos Fuentes, E., Rodríguez Gómez, S., Sastre-Fullana, P., de Pedro Gómez, J. E., Higuero Macías, J. C., Pérez Ardanaz, B., & Morales Asencio, J. M. (2019). Competencias en enfermeras Especialistas y en Enfermeras de Práctica Avanzada. *Enfermería Clínica*, 29(6), 328-335. <https://doi.org/10.1016/J.ENFCLI.2019.10.001>
- Gutiérrez, S., & De Pablos, C. (2010). Análisis y evaluación de la gestión por competencias en el ámbito empresarial y su aplicación a la universidad. *Revista Complutense de Educación*, 21(2), 323-343.
- Gutiérrez Serrano, F. (2012). Papel de la Enfermería en la Educación para la Salud. Complejo QPS. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 6(3), [aprox. 4 pant.]. <http://sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/268/585>
- Guy Le Boterf. (2001). *Ingeniería de las competencias*. Ediciones Gestion 2000.
- Halpern, D. (2003). The “How” and “Why” of critical thinking assessment. En D. Fasko (Ed.), *Critical thinking and reasoning. Current research, theory, and practice*. (pp. 355-366). Hampton Press.
- Hamui Sutton, A. (2013). Investigación en educación médica. *Investigación en educación médica*, 2(8), 211-216. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000400006&lng=pt&nrm=iso&tIng=
- Hernández Esparza, L. C., Urbina Aguilar, A., & Cambero González, E. (2018). Implementación de círculos de calidad para la mejora del registro de Enfermería. *Metas de Enfermería*, 21(1), 22-27. <https://doi.org/10.35667/metasenf.2019.21.1003081176>
- Hernández Ramos, J. P., & Torrijos Fincias, P. (2019). Percepción del profesorado universitario sobre la integración de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en las modalidades docentes. Influencia del género y la edad. *EDMETIC, Revista de Educación Mediática y TIC*, 8(1), 128-146. <https://doi.org/https://doi.org/10.21071/edmetic.v8i1.10537>

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta edic). McGRAW-HILL.
<https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hernández Ugalde, F., Álvarez Escobar, M. del C., Martínez Leyva, G., Junco Sánchez, V. L., Valdés Gasmury, I., Hidalgo Ruiz, M., Hernández Ugalde, F., Álvarez Escobar, M. del C., Martínez Leyva, G., Junco Sánchez, V. L., Valdés Gasmury, I., & Hidalgo Ruiz, M. (2018). Polifarmacia en el anciano. Retos y soluciones. *Revista Médica Electrónica*, 40(6), 2053-2070. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000602053&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Hernansanz, F., Berbel Navarro, C., Martínez-Muñoz, M., Alavedra Celada, C., Albi Visús, N., Palau Morales, L., Cobo Valverde, C., Matías Dorado, V., Bonet, J. M., Blay Pueyo, C., Ledesma Castelltort, A., & Constante Beitia, C. (2016). Complex care needs in people with chronic diseases: population prevalence and characterization in primary care. *International Journal of Integrated Care*, 16(6), 366. <https://doi.org/10.5334/ijic.2914>
- Hernansanz, F., Celada, C. A., Navarro, C. B., Morales, L. P., Visus, N. A., Valverde, C. C., Dorado, V. M., Martínez Muñoz, M. L., Pueyo, C. B., Ramírez, E. L., Villaroel, R. M., Jordana, N. M., & Bonet Simó, J. M. (2018). Complex care needs in multiple chronic conditions: Population prevalence and characterization in primary care. A study protocol. *International Journal of Integrated Care*, 18(2), 1-8.
<https://doi.org/10.5334/ijic.3292>
- Holey, E. A., Feeley, J. L., Dixon, J., & Whittaker, V. J. (2007). An exploration of the use of simple statistics to measure consensus and stability in Delphi studies. *BMC Medical Research Methodology* 2007 7:1, 7(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-7-52>
- Huerta Rosales, M. (2018). Evaluación basada en evidencias, un nuevo enfoque de evaluación de competencias. *Rev.investig.Univ.Le Cordon Bleu*, 5(1), 159-171.
<http://revistas.ulcb.edu.pe/index.php/REVISTAULCB/article/view/103/83>
- Hutchins, H. M., & Burke, L. A. (2007). Identifying trainers' knowledge of training transfer research findings – closing the gap between research and practice. *International Journal of Training and Development*, 11(4), 236-264. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2419.2007.00288.x>
- Icart, M. T., Pulpón, A. M., Garrido, E. M., & Delgado Hito, P. (2012). *Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesina y una tesis*. Universitat de Barcelona.
- Idrogo Arica, A. G., & Vásquez Barboza, E. D. R. (2020). Auditoría de los registros de enfermería para garantizar la calidad del cuidado. *Revista Científica de Enfermería*, 9(1), 1-20.
- Institut d'Estadística de Catalunya. (2021). *Indicadors demogràfics i de territori. Estructura per edats, envelliment i dependència*. <https://www.idescat.cat/pub/?id=inddt&n=915>
- Institute for Clinical Systems Improvement. (2015). *ICSI Shared Decision-Making Model*.
- Jackson, L., & Caffarella, R. . (1994). *New Directions for Adult and Continuing Education: Experiential Learning*.

- Jankowska-Polańska, B., Chudiak, A., Uchmanowicz, I., Dudek, K., & Mazur, G. (2017). Selected factors affecting adherence in the pharmacological treatment of arterial hypertension. *Patient Preference and Adherence*, 11, 363-371. <https://doi.org/10.2147/PPA.S127407>
- López Cocotle, J., Moreno Monsiváis, M., Saavedra Vélez, C., Espinosa Aguilar, A., & Camacho Martínez, J. (2018). La importancia del registro clínico de enfermería: un acercamiento cualitativo. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, 15(93), 3.
- Junga-Kim, C. (2019). Challenges and Opportunities in Clinical Ethics with the Implementation of Korea's End-of-Life Act. *Acta bioethica*, 25(2), 177-186. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2019000200177>
- Juvé, E., Farrero, S., Matud, C., Monterde, D., Fierro, G., & Marsal, R. (2007). ¿Cómo definen los profesionales de enfermería hospitalarios sus competencias asistenciales? *Nursing*, 25(7), 50-61. [https://doi.org/10.1016/S0212-5382\(07\)70957-3](https://doi.org/10.1016/S0212-5382(07)70957-3)
- Kajander-Unkuri, S., Salminen, L., Saarikoski, M., Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2013). Competence areas of nursing students in Europe. *Nurse Education Today*, 33(6), 625-632. <https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2013.01.017>
- Kangovi, S., Mitra, N., Smith, R. A., Kulkarni, R., Turr, L., Huo, H., Glanz, K., Grande, D., & Long, J. A. (2017). Decision-making and goal-setting in chronic disease management: Baseline findings of a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 100(3), 449-455. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.09.019>
- Kihlgren, A., Svensson, F., Lövbrand, C., Gifford, M., & Adolfsson, A. (2016). A Decision support system (DSS) for municipal nurses encountering health deterioration among older people. *BMC Nursing*, 15(1), 63. <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-016-0184-0>
- Kirkpatrick, D. L. (1959). Techniques for Evaluation Training Programs. *Journal of the American Society of Training Directors*, 13, 21-26.
- Kirkpatrick, D. L. (2006). *Evaluación de acciones formativas. Los cuatro niveles*. EPISE.
- Kolb, D. A. (2015). *Experiential learning : experience as the source of learning and development* (Pearson Education (Ed.); 2 ed).
- Kuipers, P., Kendall, E., Ehrlich, E., Barber, D. A., Kendall, K. K. and, & Muenchberger, S. B. (2011). *Complexity and health care: health practitioner workforce services, roles, skills and training, to respond to patients with complex needs*.
- Kurtzman, E. T., & Greene, J. (2016). Effective presentation of health care performance information for consumer decision making: A systematic review. *Patient education and counseling*, 99(1), 36-43. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.07.030>
- Labruffe, A. (2008). *La gestión de competencias. Planteamientos básicos, prácticas y cuadros de mando*. AENOR.
- Lafuente Robles, N., Fernández Salazar, S., Rodríguez Gómez, S., Casado Mora, M. I., Morales Asencio, J. M., & Ramos Morcillo, A. J. (2019). Desarrollo competencial de las enfermeras en el sistema sanitario público de Andalucía. *Enfermería Clínica*, 29(2), 83-

89. <https://doi.org/10.1016/J.ENFCLI.2018.12.013>

- Lama-García, F. J. (2016). *Formación orientada a la transferencia. Elementos de intervención en la formación para el incremento de la transferencia en el aprendizaje*. Instituto Nacional de Administración Pública.
- Lapeña, Y., Palmar, A. M., Martínez-González, O., Maciá, L., Orts-Cortés, M. I., & Pedraz, A. (2017). La enfermera ante el reto de la gestión del paciente crónico complejo. *Rev ROL Enferm*, 40(2), 130. <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/64327>
- Lasmarías, C., Aradilla-Herrero, A., Santa Eugènia, S., Blay, C., Delgado, S., Ela, S., Terribas, N., & Gómez-Batiste, X. (2018). Development and implementation of an advance care planning program in Catalonia, Spain. *Palliative and Supportive Care*, 17(4), 415-424. <https://doi.org/10.1017/S1478951518000561>
- Le Reste, J. Y., Nabbe, P., Rivet, C., Lygidakis, C., Doerr, C., Czachowski, S., Lingner, H., Argyriadou, S., Lazic, D., Assenova, R., Hasaganic, M., Munoz, M. A., Thulesius, H., Le Floch, B., Derriennic, J., Sowinska, A., Van Marwijk, H., Lietard, C., & Van Royen, P. (2015). The European general practice research network presents the translations of its comprehensive definition of multimorbidity in family medicine in ten European languages. *PLoS ONE*, 10(1). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0115796>
- Leache, P. A., & Martinez, L. (2013). Gestion por competencias, modelo empresarial y sus efectos subjetivos. Una mirada desde la psicología social crítica. *Universitas Psychologica*, 12(4), 1073-1084. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY12-4.gcme>
- Leech, N. L., & Onwuegbuzie, A. J. (2009). A typology of mixed methods research designs. *Quality & Quantity*, 43(2), 265-275. <https://doi.org/10.1007/s11135-007-9105-3>
- León Bolívar, M., Lombraña Mencía, B., & Acebrón, A. (2006). Educación sanitaria en la unidad de hospitalización del Servicio de Urología. *Asociación Española de Enfermería en urología*, 97.
- Levine, M. (2000). The family group conference in the New Zealand children, young persons, and their Families Act of 1989 (CYP and F): Review and evaluation. En *Behavioral Sciences and the Law* (Vol. 18, Número 4, pp. 517-556). Behav Sci Law. [https://doi.org/10.1002/1099-0798\(2000\)18:4<517::AID-BSL402>3.0.CO;2-E](https://doi.org/10.1002/1099-0798(2000)18:4<517::AID-BSL402>3.0.CO;2-E)
- Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Título 1, artículo 4.3)*: (2014). 1-24.
- Limón, E., Lasmarías, C., & Blay, C. (2018). Planificación de decisiones anticipadas: Factibilidad y barreras para su implementación. *FMC Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 25(5), 259-261. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2018.02.001>
- Limón Ramírez, E., & Meléndez Gracia, A. (2017). La atención al enfermo crónico. O ¿por qué ahora no podemos «con lo de siempre»? (AMF 2017) Editorial. *Actualización en Medicina de Familia*, 13, 241-243. https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2049
- Logan, D. R. (2019). Transition From Hospital to Home: The Role of the Nurse Case Manager in Promoting Medication Adherence in the Medicare Population. *Creative nursing*, 25(2), 126-132. <https://doi.org/10.1891/1078-4535.25.2.126>

- Loncán, P. (2014). Documentos de Voluntades Anticipadas versus Planificación Anticipada de Decisiones Sanitarias. *Bioética & Debat*, 20(71), 13-16.
- López Cocotle, J., Moreno Monsiváis, G., & Saavedra Vélez, C. H. (2017). Construcción y validación de un registro clínico para la atención asistencial de enfermería. *Enfermería Universitaria*, 14(4), 293-300. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.08.001>
- López, J., & Leal, I. (2002). *Aprender a planificar la formación*. Paidós. <https://www.casadellibro.com/libro-aprender-a-planificar-la-formacion/9788449311901/813362>
- López, M. de la F., de Molina Fernández, I., Roca Biosca, A., Ramon, E., Galera Ortega, J., & Rubio Rico, L. (2018). Modelo de decisiones compartidas en cáncer de mama. De la teoría a la práctica. *RIO: Revista Internacional de Organizaciones*, 21, 43-62. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6742043>
- López Pastor, V. M. (2017). Evaluación formativa y compartida: evaluar para Aprender y la implicación del alumnado en los procesos de evaluación y aprendizaje. En V. M. López-Pastor & A. Pérez-Pueyo (Eds.), *Evaluación formativa y compartida en Educación: experiencias de éxito en todas las etapas educativas. Buenas prácticas docentes* (pp. 34-69). Universidad de León.
- Lopez Rodrigo, M., Feijoo Cid, M., Novel Martí, G., & Leyva Moral, J. M. (2017). Evaluación de la formación continuada. Análisis del proceso de transferencia y sostenibilidad. *Investigación Cualitativa en Salud*, 2, 1165-1174. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1453/1410>
- Lorenzini, E. (2017). Investigación de Métodos Mixtos en las Ciencias de la Salud. *Cuidarte*, 8(2), 1549-1560. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.406>
- Lozada, J. (2014). Investigación aplicada: Definición, propiedad intelectual e Industria. *CienciAmérica*, 3(1), 47-50.
- Lupión Cobos, T., & Gallego García, M. D. M. (2017). Compartiendo la mirada: una experiencia en práctica reflexiva para formación permanente. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 20(1), 127. <https://doi.org/10.6018/reifop/20.1.244931>
- Marqués Andrés, S. (2011). Formación continuada: herramienta para la capacitación. *Enfermería Global*, 10(21), 1-12. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000100020&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Marqués, S. (2011). Formación Continuada : Capacitación. *Enfermería global*, 21, 1-12.
- Martínez-Delgado, A. (2002). Radical Constructivism: Between Realism and Solipsism. *Science Education*, 86(6), 840-855. <https://doi.org/10.1002/sce.10005>
- Martínez, P., & Echeverría, B. (2009). Formación basada en competencias. *Revista de Investigación Educativa*, 27(1), 125-147.
- Martínez, R. (2020). Constructivismo en un programa de formación de educadores, un análisis del discurso. *Revista Docencia Universitaria*, 1(1), 47-55.

<https://doi.org/10.46954/revistadusac.v1i1.6>

- Martínez, T. (2016). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos Modelos de atención y evaluación*.
- Mateo Abad, M., Fullaondo, A., Merino, M., Gris, S., Marchet, F., Avolio, F., Graps, E. A., Ravic, M., Kovac, M., Benkovic, V., Stevanovic, R., Zwiefka, A., Davies, D., Mancin, S., Forestiero, A., Stafylas, P., Hurtado, M., D'Angelantonio, M., Daugbjerg, S., ... Lewis, L. (2020). Impact assessment of an innovative integrated care model for older complex patients with multimorbidity: The carewell project. *International Journal of Integrated Care*, 20(2), 1-11. <https://doi.org/10.5334/ijic.4711>
- Mateo Gavira, I., Carrasco García, S., Larran, L., Fierro, M. J., Zarallo, A., Mayoral Sánchez, E., Aguilar Diosdado, M., Ortego Rojo, J., Vilchez López, F. J., Roca Rodríguez, M., Iturregui Guevara, M., Abal Cruz, A., Montero Galván, A., Correa de la Calle, J., Vicioso Ruiz, P., Martínez Muñoz, J. M., Amor Cruceira, A., Rocha Vega, E., Serrano Muñoz, M. J., ... Ballester Díaz, M. T. (2020). Specific model for the coordination of primary and hospital care for patients with diabetes mellitus. Evaluation of two-year results (2015-2017). *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 68(3), 175-183. <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2019.12.010>
- McClelland, D. C. (1973). Testing for competence rather than for intelligence. *American Psychologist*, 28(1), 1-14. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/h0034092>
- Mckenna, I., Young, D., Baumann, B., & Maguire, B. (2005). *A Framework for Qualifications of the European Higher Education Area*. Ministry of Science, Technology and Innovation.
- McPhail, S. M. (2016). Multimorbidity in chronic disease: Impact on health care resources and costs. *Risk Management and Healthcare Policy*, 9, 143-156. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S97248>
- Medina, J. L., & Castillo, S. (2006). La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva. *Texto & Contexto Enfermería*, 15(2), 303-311. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000200015>
- Maignant, A. (1995). *Manager la formation* (6ª ed). Editions Liaisons.
- Mendoza-García, J. L., Rico-Herrera, L., & Álvarez-Aguirre, A. (2019). Modelo de Toma de Decisiones en Salud de Ottawa Aplicabilidad en la Práctica de Enfermería. *Salud y Administración*, 6(18), 31-37. <https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/156/129>
- Mendoza Pérez, O. E. (2020). Proceso de Atención de Enfermería aplicado a paciente con ACV Hemorrágico e hipertensión de un hospital de Essalud. *Repositorio Institucional - USS*.
- Mendoza, S., Jofré, V., & Valenzuela, S. (2006). La toma de decisiones en salud y el modelo conceptual de ottawa. *Investigacion en educaciones enfermeria*, XXIV, 86-92.
- Meneses, E. L., Vázquez Cano, E., Fernández, C. C., & Cortes, C. M. C. (2020). Analysis of the university student's perception of the sociotechnological context through didactic innovation. *Revista Lasallista de Investigacion*, 17(1), 84-102.

<https://doi.org/10.22507/rli.v17n1a7>

- Mertens, L. (1997). DACUM (desarrollo de un curriculum) y sus variantes SCID y AMOD. *Leonardmertens.Com*, 16.
<http://www.leonardmertens.com/showcontent.php?id=4&cmd=content>
- Meseguer Liza, & Torralba Madrid. (2007). Experiencia de innovación educativa basada en la metodología en toma de decisiones éticas DOER. *Enfermería global*, 6, 1-8.
- Mesquida, M. M., de la Fuente, J. A., Lorca, A. M. A., Pillasagua, I. A., Blanco, E. B., Vidal, S. G., Reyes, S. P., Iparraguirre, P. G., Gombau, G. S., & Torán-Monserrat, P. (2021). Primary care records of chronic-disease patient adherence to treatment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7).
<https://doi.org/10.3390/ijerph18073710>
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldana, J. (2014). *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook* (3ª ed). Sage publications.
- Ministerio de Ciencia e Innovación. (2008). *BOE 174 de 19/07/2008 Sec 1 Pag 31680 a 31683*.
- Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. (2019). *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas de actuación* (p. 94).
- Mira, J. J., Nuño-Solinís, R., Fernández Cano, P., Contel, J. C., Guilabert Mora, M., & Solas Gaspar, O. (2015). Readiness to tackle chronicity in Spanish health care organisations: A two-year experience with the instrumento de evaluación de modelos de atención ante la cronicidad/assessment of readiness for chronicity in health care organisations instrument. *International Journal of Integrated Care*, 15(Oct–Dec), 1-10.
<https://doi.org/10.5334/ijic.1849>
- Monguet Fierro, J. M., Ferruzca, M., Gutiérrez, A., Alatríste, Y., Martínez, C., Córdoba, C., Fernández, J., Sanguino, T., & Aguilà, J. (2010). Vector consensus: Decision making for collaborative innovation communities. *Communications in Computer and Information Science*, 110 CCIS(PART 2), 218-227. https://doi.org/10.1007/978-3-642-16419-4_22
- Monguet Fierro, J. M., Trejo Omeñaca, A., Bassolas, D., & Martí, T. (2014). *Innovation Consensus: Collective decision making support system for innovation management*. In Proceedings of the 19th DMI: Academic Design Management Conference Design Management in an Era of Disruption.
- Monguet Fierro, J. M., Trejo Omeñaca, A., Martí, T., & Escarrabill, J. (2017). Health Consensus. *International Journal of User-Driven Healthcare*, 7(1), 27-43.
<https://doi.org/10.4018/ijudh.2017010103>
- Montenegro Aldana, I. A. (2003). ¿Son las Competencias el nuevo enfoque que la educación requiere? *Rev. Magisterio Educación y Pedagogía*, 28(111), 19-20.
- Montes Berges, B. (2011). *Entrenamiento en competencias para enfermeras/os y Fisioterapeutas*. Formación Alcalá.
- Morales Asencio, J. M. (2014). Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos,

- modelos, evidencias e incertidumbres. *Enferm Clin*, 24(1), 23-34.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.10.002>
- Morán, L., Quezada, Y., García, A., González, P., Godínez, S., & Aguilera, M. (2016). Resolver problemas y tomar decisiones, esencia de práctica reflexiva en enfermería. Análisis de la literatura. *Enfermería Universitaria*, 13(1), 47-54.
<https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.01.001>
- Morán Peña, L. (2014). Formar enfermeros para la práctica reflexiva, un reto que requiere acciones deliberadas. *Revista Iberoamericana de Educacion*, 4(3), 5-7.
- Moreno, I. M., & Siles, J. (2015). Pensamiento crítico en enfermería: de la racionalidad técnica a la práctica reflexiva. *Aquichan*, 14(4), 594-604.
<https://doi.org/10.5294/aqui.2014.14.4.13>
- Morgan, D. L. (2014). Pragmatism as a Paradigm for Social Research. *Qualitative Inquiry*, 20(8), 1045-1053. <https://doi.org/10.1177/1077800413513733>
- Morley, J. E., Malmstrom, T. K., & Miller, D. K. (2012). A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged african americans. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 16(7), 601-608. <https://doi.org/10.1007/s12603-012-0084-2>
- Mosqueda-Díaz, A., Mendoza-Parra, S., & Jofre-Aravena, V. (2014). Nursing contribution in health decision making. *Rev Bras Enferm*, 67(3), 462-467.
<http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140062>
- Muller, L. S., & Muller, S. T. (2020). I'm a case manager and i Vote! *Professional Case Management*, 25(4), 235-237. <https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000448>
- Murray, S. A., Boyd, K., & Sheikh, A. (2005). Palliative care in chronic illness. En *British Medical Journal* (Vol. 330, Número 7492, pp. 611-612). BMJ Publishing Group.
<https://doi.org/10.1136/bmj.330.7492.611>
- Navarro Jiménez, G., Blanco Portillo, A., Pérez Figueras, M., Pérez Fernández, E., García Caballero, R., & Velasco Arribas, M. (2021). Evolución de la opinión de los familiares sobre la limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes ancianos. *Medicina Interna de México*. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=98472>
- Noe, R. A., & Schmitt, N. (1986). The influence of trainee attitudes on training effectiveness: Test of a model. *Personnel Psychology*, 39(3), 497-523.
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1986.tb00950.x>
- Norton, R. (1997). *DACUM Handbook. Second Edition. Leadership Training Series No. 67*. (2^a Ed). 7. Center on Education and Training for Employment, College of Education, The Ohio State University.
- Novak, J., & Gowin, D. (1983). *Aprendiendo a Aprender*. Martínez-Roca.
- Núñez, J. (2017). Los métodos mixtos en la investigación en educación: Hacia un uso reflexivo. *Cuadernos de Pesquisa*, 47(16), 622-649.
<http://dx.doi.org/10.1590/198053143763>
- Nuño-Solinís, R., Fernández-Cano, P., Mira-Solves, J. J., Toro Polanco, N., Contel, J. C.,

- Guilabert-Mora, M., & Solas, O. (2013). Desarrollo de IEMAC, un Instrumento para la Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad. *Gaceta Sanitaria*, 27(2), 128-134. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.05.012>
- O'Connor, A. M., Jacobsen, M. J., & Stacey, D. (2002). An evidence-based approach to managing women's decisional conflict. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG*, 31(5), 570-581. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2002.tb00083.x>.
- O'Connor, A. M., Stacey, D., & Boland, L. (2007). *Decisional conflict: supporting people experiencing uncertainty about options affecting their health*. <https://decisionaid.ohri.ca/ODST/pdfs/ODST.pdf>.
- O'Connor, A., Rostom, A., Fiset, V., Tetroe, J., Entwistle, V., Llewellyn-Thomas, H., Holmes-Rovner, M., Barry, M., & Jones, J. (1999). Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions: systematic review. *BMJ*, 319(7212), 731-734. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.319.7212.731>
- Okuda Benavides, M., & Gómez Restrepo, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(1), 118-124.
- Olaz Capitán, Á. J. (2013a). La técnica de grupo nominal como herramienta de innovación docente - Dialnet. *Revista de la Asociación de Sociología de la Educación*, 6(1), 114-121. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5144608>
- Olaz Capitán, Á. J. (2013b). *La Técnica del Grupo Nominal como herramienta de Investigación Cualitativa*. Bohodón Ediciones.
- Oliveros, L., & Arés, M. A. (2006). Identificación de competencias : una estrategia para la formación en el Espacio Europeo de Educación Superior. *Revista Complutense de Educación*, 17(1), 101-118.
- Orbegozo Aramburu, A. (2018). Ética y Enfermería. En *Paliativos sin Fronteras*. <https://docplayer.es/16460927-Etica-y-enfermeria-lcda-ana-orbegozo-aranburu.html>
- Ornelas, D., Cordero, G., & Cano, E. (2016). La transferencia de la formación del profesorado universitario. Aportaciones de la investigación reciente. *Perfiles educativos*, 38(154), 57-75.
- Oses Zubiri, M., Legault, A., & Martínez, A. M. (2007). Diseño de un curso de formación continuada en cuidados paliativos basado en competencias. *Ene*, 14(1), 1-18. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Pavié, A. (2011). Formación docente: hacia una definición del concepto de competencia profesional docente. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 14(1), 67-80. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=217017192006>
- Pedraza, A. (2013). *Evaluación de competencias del enfermero especialista en enfermería pediátrica, utilizando la escala ECOEnf*. 368. <http://eprints.ucm.es/25027/1/T35299.pdf>
- Pereira Pérez, Z. (2011). Los diseños de método mixto en la investigación en educación:

- Una experiencia concreta. *Revista Electrónica Educare*, 15(1), 15-29.
<http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/EDUCARE/article/view/867>
- Perestelo-Pérez, L., González Lorenzo, M., Rivero Santana, A., & Pérez Ramos, J. (2010). *Herramientas de ayuda para la toma de decisiones de los pacientes con depresión. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud. Informes de Evaluación.*
- Perestelo-Pérez, L., Pérez Ramos, J., Rivero Santana, A., Carballo González, D., & Serrano Aguilar, P. (2013). Manual con criterios de evaluación y validación de las Herramientas de Ayuda para la Toma de Decisiones. En *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud. Línea de desarrollos metodológicos de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y prestaciones del SNS*. http://ipdas.ohri.ca/SESCS_2013_HATD.pdf
- Pérez, F. M. (2016). Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida. *Semergen*, 42(8), 566-574. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.11.006>
- Pérez Fuillerat, N., Solano Ruiz, M. C., & Amezcua, M. (2019). Conocimiento tácito: características en la práctica enfermera. *Gaceta Sanitaria*, 33(2), 191-196. <https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2017.11.002>
- Pérez Gómez, Á., & Pérez Granados, L. (2013). Competencias Docentes en la Era Digital. La formación del Pensamiento Práctico. *Tema de Educación*, 19(1), 67-84.
- Pérez, M. D. C., Romero, R., Morillo, M. S., & Galán, J. M. (2015). Estudio descriptivo sobre la implicación de las familias en los cuidados de los ancianos institucionalizados. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(3), 203. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v4i3.85>
- Pérez Pérez, F. M. (2016). Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida. *Semergen*, 42(8), 566-574. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.11.006>
- Pichon, E., & Quiroga, A. P. De. (2009). *Breve Guía Para El Aprendizaje Del Rol De Observador De Grupos* (pp. 1-9). Verito.
http://www.ucipfg.com/Repositorio/MSCG/MSCG-08/BLOQUE-ACADEMICO/Unidad4/lecturas/Aprendizaje_del_rol_observador.pdf
- Pierce, P. F., & Hicks, F. D. (2001). Patient decision-making behavior: an emerging paradigm for nursing science. *Nursing research*, 50(5), 267-274. <https://doi.org/10.1097/00006199-200109000-00003>.
- Pineda-Herrero, P. (2000). Evaluación del impacto de la formación en las organizaciones. *Educar*, 27, 119-133. <https://doi.org/10.5565/rev/educar.253>
- Pineda-Herrero, P. (2002). *Gestión de la formación en las organizaciones*. Ariel.
<https://www.planetadelibros.com/libro-gestion-de-la-formacion-de-las-organizaciones/14009>
- Pineda-Herrero, P., & Ciraso-Calí, A. (2012). Evaluación de la formación continua en la Escuela del Poder Judicial. *Revista de Educación y Derecho*, 5, 1-22. <https://doi.org/10.1344/re&d.v0i05.3085>

- Pineda-Herrero, P., Ciraso-Calí, A., & Quesada-Pallarés, C. (2014). El modelo FET de evaluación de la transferencia. *Capital Humano*, 292, 74-80.
- Pineda-Herrero, P., Quesada-Pallarés, C., & Ciraso-Calí, A. (2014). Evaluation of training transfer factors: The FET Model. En Käthe Schneider (Ed.), *Transfer of Learning in Organizations* (pp. 121-144). https://doi.org/10.1007/978-3-319-02093-8_8
- Pineda-Herrero, P., Quesada-Pallarés, C., & Ciraso-Calí, A. (2011). Evaluating Training Effectiveness: Results of the FET Model in the Public Administration in Spain. *Proceedings of 7th International Conference on Researching Work and Learning, Rwl7*, 69.
- Pineda-Herrero, P., Quesada-Pallarés, C., & Stoian, A. (2011). Evaluating the efficacy of e-learning in Spain: A diagnosis of learning transfer factors affecting e-learning. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 2199-2203. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.428>
- Pineda-Herrero, P., & Sarramona-i-López, J. (2006). El nuevo modelo de la formación continua en España: balance de un año de cambios. *Revista de Educación*, 341, 705-736.
- Powell, C. (2003). The Delphi technique: Myths and realities. *Journal of Advanced Nursing*, 41(4), 376-382. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02537.x>
- Prades, A. (2006). *Les competències transversals i la formació universitària* [Universitat de Barcelona]. <http://www.tdx.cat/handle/10803/2346>
- Prados Torres, A., del Cura González, I., Prados Torres, J. D., Leiva Fernández, F., López Rodríguez, J. A., Calderón Larrañaga, A., & Muth, C. (2017). Multimorbilidad en medicina de familia y los principios Ariadne. Un enfoque centrado en la persona. *Atencion Primaria*, 49(5), 300-307. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.11.013>
- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Making Health Care Decisions. The ethical and legal implications of informed consent in the patient-practitioner relationship.* (Vol. 1). (1982). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/ps.34.5.465-b>
- Procedimiento o metodo de toma de decisiones.qxd - Procedimiento o metodo de toma de decisiones.* (s. f.).
- Pucheu, P. A. (2018). Are there differences in the motivation of nursing generations? *Rev.Med.Clin.Condes*, 29(3), 336-342.
- Quesada-Pallarés, C. (2014). *¿Se puede predecir la transferencia de los aprendizajes al lugar de trabajo? validación del modelo de predicción de la transferencia.* Universitat Autònoma de Barcelona.
- Quesada-Pallarés, C., Ciraso-Calí, A., Espona-Barcons, B., & Pineda-Herrero, P. (2014). Evaluación directa de la transferencia de la formación: estrategias e instrumentos de evaluación. En G. J & A. Barrera-Corominas (Eds.), *Organizaciones que aprenden y generan conocimiento* (pp. 510-525). Wolters Kluwer.
- Ramis, C., Manassero, A., Ferrer, V. A., & García-Buades, E. (2007). ¡No es fácil ser un buen

jefe/a! Influencia de las habilidades comunicativas de la dirección sobre la motivación, la autoeficacia y la satisfacción de sus equipos de trabajo Being a good boss is not that easy! Influence of manager communication skills on. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 23(2).

- Ramos-Serpa, G., López-Falcón, A., & Fonseca-Díaz, G. (2018). Conocimientos y competencias profesionales específicas: una muestra en enfermería quirúrgica en la UNIANDÉS, Ecuador. *Educación Médica Superior*, 32(2), [Aprox. 9 pant].
<http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1284/671>
- Ramos, P., & Pinto, J. A. (2015). Las personas mayores y su salud: situación actual. *Avances en Odontoestomatología*, 31(3), 107-116. <https://doi.org/10.4321/S0213-12852015000300001>
- Raventós Torner, R. D., Borrueal Llovera, A., Raigal Ara, L., Borregero Guerrero, E., Casado Martínez, M. A., & Ferré Grau, C. (2020). La adherencia al tratamiento farmacológico en las consultas enfermeras de atención primaria: observar y comprender. *Rev. Rol enferm*, 380-387.
- Reina, M. R., & Carrasco, A. (2016). Abordaje integral de un caso crónico complejo a través de un equipo interdisciplinar en atención primaria. *Enfermería Clínica*, 26(1), 38-44.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.11.007>
- Revisión de modelos para el análisis de dilemas éticos.* (s. f.).
- Rico-Blázquez, M., Sánchez, S., & Fuentelsaz, C. (2014). El cuidado como un elemento transversal en la atención de la salud de los pacientes crónicos complejos. *Enferm Clin*, 24(1), 44-50. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.11.001>
- Rivera, C., Lainez, R., Danilo, V., Osmar, B., & Mauricio, R. (2005). *Pronostico Delphi*. 8-9.
<http://www.monografias.com/trabajos-pdf/pronostico-delphi/pronostico-delphi.pdf>
- Robinson, D., & Robinson, J. (1989). Training for Impact. *Training and Development Journal*, 43(8), 34-42.
- Roca, J. (2013). El desarrollo del Pensamiento Crítico a través de diferentes metodologías docentes en el Grado en Enfermería [Universitat Autònoma de Barcelona]. En *TDX (Tesis Doctorals en Xarxa)*. <http://www.tesisenred.net/handle/10803/129382>
- Rockwood, K., & Mitnitski, A. (2007). Frailty in Relation to the Accumulation of Deficits. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(7), 722-727. <https://doi.org/10.1093/gerona/62.7.722>
- Rockwood, K., Song, X., MacKnight, C., Bergman, H., Hogan, D. B., McDowell, I., & Mitnitski, A. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*, 173(5), 489-495. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050051>
- Rodríguez-Mañas, L., Féart, C., Mann, G., Viña, J., Chatterji, S., Chodzko-Zajko, W., Gonzalez-Colaço Harmand, M., Bergman, H., Carcaillon, L., Nicholson, C., Scuteri, A., Sinclair, A., Pelaez, M., Van der Cammen, T., Beland, F., Bickenbach, J., Delamarche, P., Ferrucci, L., Fried, L. P., ... Vega, E. (2013). Searching for an operational definition of frailty: a Delphi method based consensus statement: the frailty operative definition-consensus conference project. *The journals of gerontology. Series A, Biological*

- sciences and medical sciences*, 68(1), 62-67. <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/gls119>
- Rodríguez, A. (2007). Las Competencias En Espacio Europeo De Educación Superior. Tipologías. *Humanismo y trabajo social*, 006, 139-153.
- Roe, R. A. (2002). What Makes a Competent Psychologist? *European Psychologist*, 7(3), 192-202. <https://doi.org/10.1027//1016-9040.7.3.192>
- Román-Medina, Miguélez-Chamorro, Casado-Mora, Company-Sancho, Balboa-Blanco, & Font-Oliver. (2020). Enfermería de Práctica Avanzada y gestión de casos: elementos imprescindibles en el nuevo modelo de atención la cronicidad compleja en España. *Enfermería Clínica*, 29(2), 99-106. <https://doi.org/10.1016/j.enfcl.2018.10.003>
- Romero-Ortuno, R., Walsh, C. D., Lawlor, B. A., & Kenny, R. A. (2010). A Frailty Instrument for primary care: Findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *BMC Geriatrics*, 10(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-10-57>
- Ruiz-Cano, J., Cantú-Quintanilla, G. R., Ávila-Montiel, D., Gamboa-Marrufo, J. D., Juárez-Villegas, L. E., de Hoyos-Bermea, A., Chávez-López, A., Estrada-Ramírez, K. P., Merelo-Arias, C. A., Altamirano-Bustamante, M. M., de la Vega-Morell, N., Peláez-Ballestas, I., Guadarrama-Orozco, J. H., Muñoz-Hernández, O., & Garduño-Espinosa, J. (2015). Revisión de modelos para el análisis de dilemas éticos. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), 89-98. <https://doi.org/10.1016/j.bmhimx.2015.03.006>
- Ruiz, A., Bosco, F., Domingo, C., Sánchez, M., Salazar, R., & Gómez, Y. (2013). *Proceso asistencial de pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicas* (p. 10). <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/proceso-asistencial-enfermedades-cronicas-complejas.pdf>
- Ruiz Yanzi, M., Barani, M., Ariel Franco, J., Vázquez Peña, F., Terrassa, S., & Kopitowski, K. (2019). Translation, transcultural adaptation, and validations of two questionnaires on shared making. *Rev. Hosp. Ital. B*, 22(2), 193-200. <https://doi.org/10.1111/hex.12842>
- Saiz, C., & Rivas, S. (2008). Evaluación del pensamiento crítico: Una Propuesta para diferenciar formas de pensar. *Ergo, Nueva Época*, 22-23(25-66), 1-35.
- Salinero, M. Y., & Simoes, F. J. (2007). La formación continua en las organizaciones: un valor intangible crucial de la gestión del performance. *Decisiones basadas en el conocimiento y en el papel social de la empresa: XX Congreso anual de AEDEM.*, 2, 1-14. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2499442>
- San Martín-Rodríguez, L. (2016). Práctica avanzada en Enfermería y nuevos modelos de organización sanitaria. *Enferm Clin*, 26(3), 155-157. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.04.007>
- San Martín-Rodríguez, L., Soto-Ruiz, N., & Escalada-Hernández, P. (2019). Formación de las enfermeras de práctica avanzada: perspectiva internacional. *Enfermería Clínica*, 29(2), 125-130. <https://doi.org/10.1016/J.ENFCLI.2018.08.004>
- Sánchez-Martín, I. (2014). Cronicidad y complejidad: Nuevos roles en Enfermería. Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. *Enfermería Clínica*, 24(1), 79-89. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.007>

- Sánchez-Pedraza, R., & Jaramillo-González, L. E. (2009). Methodology of Qualification and Summary of the Opinions in Formal Consensus. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(4), 777-786.
- Santana, M. J., Manalili, K., Jolley, R. J., Zelinsky, S., Quan, H., & Lu, M. (2018). How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expectations*, 21(2), 429-440. <https://doi.org/10.1111/hex.12640>
- Sastre-Fullana, P. (2016). *Diseño y validación de un instrumento para la evaluación de competencias en enfermeras de práctica avanzada (IECEPA)* [Universitat de les Illes Balears]. <http://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/148964>
- Sastre-Fullana, P., De Pedro Gómez, J. E., Bennasar Veny, M., Fernández Domínguez, J. C., Sesé Abad, A. J., & Morales Asencio, J. M. (2015). Consensus on competencies for advanced nursing practice in Spain. *Enferm Clin*, 25(5), 267-275. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.06.007>
- Schenke, E., & Pérez.MI. (2018). Un abordaje teórico de la investigación cualitativa como enfoque metodológico. *ACTA Geográfica, Boa Vista*, 12(30), 227-233.
- Scherlowski, H. M., Martinez, J. R., Herraiz, A., & da Lima, M. F. (2020). Case management nurse in Spain: Facing the challenge of chronicity through a comprehensive practice. *Ciencia e Saude Coletiva*, 25(1), 315-324. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.29272019>
- Schifferdecker, K. E., & Reed, V. A. (2009). Using mixed methods research in medical education: basic guidelines for researchers. *Medical education*, 43(7), 637-644. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03386.x>
- Schön, D. A. (1992). *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Ediciones Paidós. <http://server1.docfoc.com/uploads/Z2016/01/26/G6BA3LSInz/fe30274147480e886c842d106fbf558c.pdf>
- Serrano, M. E., Herrero, M. L., Chirino, S. A., & Palma, N. (2018). Implementación de estrategias didácticas para favorecer el aprendizaje significativo de física. *Revista de Enseñanza de la Física*, 30, 171-179. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revistaEF/article/view/22050/21658>
- Shamianl, J. (2014). El papel de la enfermería en la atención sanitaria. *Rev.Bras Enferm.*, 67(6), 871-872.
- Sociedad Española de Enfermería de Urgencias. (2000). *Resolución de dilemas éticos en enfermería de urgencias*. <http://www.enfermeriadeurgencias.com/images/archivos/RECOMENDACION3.pdf>
- Solas, O., Mira, J. J., Nuño, R., Guilabert, M., Toro, N., Fernández, P., & Contel, J. C. (2012). IEMAC: un Instrumento de Evaluación de los Modelos de Atención ante la Cronicidad - Dialnet. *Todo hospital*, 278, 17-20. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4041844>
- Soza Diaz, C. D. F., Bazán Sánchez, A. C. L., Diaz Manchay, R. J. (2020). Percepción de las enfermeras sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado.

Ene, 14(1). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Stacey, D, Légaré, F., Lewis, K., Barry, M., Bennett, C. L., Eden, K. B., Rovner Holmes, M., Llewellyn Thomas, H Lyddiatt, A., Thomson, R., & Trevena, L. (2017). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review). *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(4), CD001431.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub5>.

Stacey, Dawn, Légaré, F., Pouliot, S., Kryworuchko, J., & Dunn, S. (2010). Shared decision making models to inform an interprofessional perspective on decision making: a theory analysis. *Patient education and counseling*, 80(2), 164-172.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.10.015>

Standing, M. (2007). Clinical decision-making skills on the developmental journey from student to Registered Nurse: a longitudinal inquiry. *Journal of advanced nursing*, 60(3), 257-269. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04407.x>

Tejada-Fernández, J., & Navío-Gámez, A. (2000). El desarrollo y la gestión de competencias profesionales : una mirada desde la formación. *Revista Iberoamericana de Educacion*, 1999, 1-15.

Tejada-Fernández, J., & Navío-Gámez, A. (2005). El desarrollo y la gestión de competencias profesionales: una mirada desde la formación. *Revista Iberoamericana de Educación*, 37(2), 1-16. <https://doi.org/10.35362/rie3722719>

Tejada Fernández, E., Jurado, P., Mas, O., Navío-Gámez, A., & Ruiz, C. (2008). *Implicaciones de la Evaluación de impacto: Una experiencia en un programa de formación de formadores*. 1(1), 163-185.

Tejada Ramírez, E., Díaz, R. J., & Huyhua, S. C. (2019). Práctica pedagógica en la formación para el cuidado de enfermería. *Enfermería Universitaria*, 16(1), 41-51.

<http://dx.doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.1.577>

Tello-Rodríguez, T., & Varela-Pinedo, L. (2016). Fragilidad en el adulto mayor: detección, intervención en la comunidad y toma de decisiones en el manejo de enfermedades crónicas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 328.

<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2207>

Theou, O., Brothers, T. D., Mitnitski, A., & Rockwood, K. (2013). Operationalization of frailty using eight commonly used scales and comparison of their ability to predict all-cause mortality. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(9), 1537-1551.

<https://doi.org/10.1111/jgs.12420>

Thompson-Leduc, P., Clayman, M. L., Turcotte, S., & Légaré, F. (2015). Shared decision-making behaviours in health professionals: A systematic review of studies based on the Theory of Planned Behaviour. *Health Expectations*, 18(5), 754-774.

<http://dx.doi.org/10.1111/hex.12176>

Timothy, H. P., Tait, P., Morgan, D. D., Tieman, J. J., Crawford, G., Michelmore, A., Currow, D. C., & Swetenham, K. (2017). Case conferencing for palliative care patients - A survey of South Australian general practitioners. En *Australian Journal of Primary Health* (Vol.

- 23, Número 5, pp. 458-463). CSIRO. <https://doi.org/10.1071/PY16001>
- Tinetti, M. E., Fried, T. R., & Boyd, C. M. (2012). Designing health care for the most common chronic condition--multimorbidity. *JAMA*, *307*(23), 2493-2494. <http://dx.doi.org/10.1111/hex.12176>
- Tirado, R. (2018). Implantación de un modelo de atención centrada en la persona en el ámbito de la gerontología [Implementation of a Person-Centered Model of Attention in Gerontology]. *Trabajo Social Hoy*, *84*(Segundo Cuatrimestre), 45-62. <https://doi.org/10.12960/tsh.2018.0009>
- Tobón, S. (2006). Aspectos básicos de la formación basada en competencias. *Talca: Proyecto Mesesup*, *4*, 1-16.
- Tovar, F. J., & Revilla, J. C. (2010). La supuesta neutralidad de la evaluación por competencias. *Revista Internacional de Organizaciones*, *5*(December 2010), 109-126.
- Turabin, J. L., & Prez Franco, B. (2010). Family medicine clinical sessions: They do exist! *Atencion Primaria*, *42*(12), 588-590. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.08.001>
- Turner, G., & Clegg, A. (2014). Best practice guidelines for the management of frailty: A British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report. *Age and Ageing*, *43*(6), 744-747. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu138>
- Urrutia, M., Campos, S., & O'Connor, A. (2008). Validation of a Spanish version of the Decisional Conflict scale. *Revista Medica de Chile*, *136*(11), 1439-1447.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2009). Ontological and Epistemological Foundations of Qualitative Research. *Forum:Qualitative Social Research*, *10*(2). <https://doi.org/10.17169/fqs-10.2.1299>
- Velada, R., Caetano, A., Michel, J. W., Lyons, B. D., & Kavanagh, M. J. (2007). The effects of training design, individual characteristics and work environment on transfer of training. *International Journal of Training and Development*, *11*(4), 282-294. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2419.2007.00286.x>
- Vellas, B., Balardy, L., Gillette-Guyonnet, S., Abellan Van Kan, G., Ghisolfi-Marque, A., Subra, J., Bismuth, S., Oustric, S., & Cesari, M. (2013). Looking for frailty in community-dwelling older persons: The Gerontopole Frailty Screening Tool (GFST). *Journal of Nutrition, Health and Aging*, *17*(7), 629-631. <https://doi.org/10.1007/s12603-013-0363-6>
- Veloza-Gómez, M. del M. (2020). Cuidado del paciente crónico complejo desde la perspectiva teórica de la comodidad. *Revista U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica*, *23*. <https://revistas.udca.edu.co/index.php/ruadc/article/download/1596/1935>
- Vera-Mendoza, M. B. (2018). Las competencias laborales como eje formativo para mejorar el desempeño organizacional. *Maestro y Sociedad*, *1*(2), 42-54. <https://revistas.uo.edu.cu/index.php/MyS/article/view/3379>
- Vera Carrasco, O. (2019). Guías de atención, guías de práctica clínica, normas y protocolos de atención. *Revista Médica La Paz*, *25*(2), 70-77.

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582019000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- Vermunt, N., Harmsen, M., Westert, G. P., Olde Rikkert, M. G. M., & Faber, M. J. (2017). Collaborative goal setting with elderly patients with chronic disease or multimorbidity: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 17(1), 167. <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-017-0534-0>
- Villa, A., & Poblete, M. (2007). *Aprendizaje Basado En Competencias. Una propuesta para la evaluación de las competencias genéricas*. Ediciones Mensajero.
- Voorend, C. G. N., Joosten, H., Berkhout-Byrne, N. C., Diepenbroek, A., Franssen, C. F. M., Bos, W. J. W., Van Buren, M., Mooijaart, S. P., van Alphen, A., Berkhout-Byrne, N., van Breda, F., van Buren, M., Boom, H., Bos, W. J., Emmelot-Vonk, M., Franssen, C., Gaillard, C. A. J. M., Groeneweg, N., Hoekstra, B., ... Stehouwer, C. (2021). Design of a consensus-based geriatric assessment tailored for older chronic kidney disease patients: results of a pragmatic approach. *European Geriatric Medicine*, [Aprox. 35 pant.]. <https://doi.org/10.1007/s41999-021-00498-0>
- Wade, P. (1998). *Cómo medir el impacto de la formación*. Centro de Estudios Ramón Areces S.A.
- Wieringa, T. H., Kunneman, M., Rodriguez-Gutierrez, R., Montori, V. M., de Wit, M., Smets, E. M. A., Schoonmade, L. J., Spencer-Bonilla, G., & Snoek, F. J. (2017). A systematic review of decision aids that facilitate elements of shared decision-making in chronic illnesses: a review protocol. *Systematic reviews*, 6(1), 155. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0557-9>
- Wubbolding, R. E. (2021). From «Maybe» to «I will»: Level of commitment and. *International Journal of Choice Theory & Reality Therapy*, 40(2), 22-29.
- Zabala, I., Del Rio Camara, M., Gonzalez Llinares, R., Porta Fernandez, A. M., Sanz Ruperez, G., Arteagoitia Gonzalez, M., & Sola Sarabia, C. (2017). “Counting the intangible”: The use of evaluation tools and indicators to measure integrated care outcomes in the Basque Country. *International Journal of Integrated Care*, 17(5), 335. <https://doi.org/10.5334/ijic.3653>
- Zambrano, J., Vallejo, M., & Uribe, Á. (2017). Estrategias de Aprendizaje mediadas tecnológicamente para potenciar el aprendizaje significativo. *Puente*, 7(2), 15-28. <http://dx.doi.org/10.18566/puente.v7n2.a02>
- Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: Effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD000072. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub2>

10. ANEXOS

ANEXO 3. Hoja informativa y consentimiento informado de los participantes del grupo nominal de la Fase 1



HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Estimada compañera:

Mi nombre es Mercè Prat Martínez. Durante dieciocho años desempeñé mi labor como enfermera en el Centro Sociosanitario Albada de la Corporación Sanitaria Parc Taulí y actualmente ejerzo como profesora titular de la Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat.

Me dirijo a usted ya que necesito de su colaboración. En estos momentos estoy llevando a cabo mi tesis doctoral en el Departamento de Pedagogía Sistemática y Social por la Universidad Autònoma de Barcelona que lleva por título: "La competencia toma de decisiones clínicas en profesionales de enfermería que atienden a pacientes crónicos con necesidades complejas" y me encuentro en el momento de la recogida de los datos.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO: La finalidad de esta tesis doctoral es definir las competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones en el contexto de atención al paciente crónico con necesidades complejas, implementar una acción formativa para desarrollar dichas competencias y evaluar el grado de aprendizaje y de transferencia de la formación en el lugar de trabajo. Esta investigación consta de 3 fases:

FASE 1: *"Descripción de las características definitorias de las competencias asociadas a la práctica enfermera y toma de decisiones en el contexto de paciente crónico en situación de complejidad".*

FASE 2: *“Diseño de una acción formativa basada en la práctica reflexiva y el pensamiento crítico para desarrollar dichas competencias en profesionales de enfermería que atienden pacientes crónicos en situación de complejidad”.*

FASE 3: *“Evaluación del grado de aprendizaje y nivel de transferencia en los profesionales de enfermería que han realizado la formación”.*

A partir de los datos de la primera fase, que se obtendrán de la realización de un grupo nominal, se pretende, además de definir las competencias asociadas a la práctica enfermera y a la toma de decisiones, diseñar e implementar una acción formativa dirigida a profesionales de enfermería que están en activo para posteriormente evaluar el grado de aprendizaje y el grado de transferencia en el lugar de trabajo.

Es por ello que se le invita a participar en la primera fase de esta investigación:

Fase 1 Participante del Grupo Nominal

DURACIÓN DEL ESTUDIO:

Fase 1 Los expertos participantes del grupo nominal deberán realizar de forma previa a la sesión de expertos un ejercicio individual. Se asignarán las 6 competencias relacionadas con la toma de decisiones que se definirán en esta fase a cada participante para que identifique los elementos competenciales, la dimensión (conocimiento, habilidad y actitud) a la que pertenecen y sus resultados de aprendizaje. El participante tendrá 2 semanas para elaborar este trabajo de reflexión individual.

El grupo nominal se llevará a cabo en una única sesión, en la Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat y tendrá una duración aproximada de 2 horas.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO:

Esta investigación no comporta ningún riesgo para usted pero sí que pretende aportar beneficios tanto al colectivo de enfermería que atiende a pacientes crónicos en situación de complejidad, como a los propios pacientes. No podemos olvidar que estas personas además de precisar muchos recursos asistenciales y alto soporte familiar requieren del acompañamiento de un equipo multidisciplinar para evitar el sufrimiento que les genera no sólo el proceso de enfermedad sino el contexto sanitario en el que se ven inmersos. Actualmente encontramos pacientes crónicos en situación de complejidad en Atención Primaria, en hospitalización de agudos, en urgencias, en unidades sociosanitarias e incluso en ámbitos residenciales... ¿Conocemos los recursos que cada nivel asistencial dispone para ellos y los circuitos establecidos para poder dar respuesta a sus necesidades de forma rápida? ¿Sabemos utilizarlos? ¿Conocemos el modelo de gestión de cronicidad de la institución en la que trabajamos? ¿Conocemos las herramientas comunes a todos los niveles asistenciales que permitirían garantizar con más éxito la continuidad asistencial? ¿Conocemos los roles de los diferentes profesionales que intervienen en el proceso de atención de estos pacientes?

Si tuviéramos respuesta a estas preguntas: ¿disminuirían sus descompensaciones y por tanto sus hospitalizaciones y sus visitas recurrentes a urgencias? ¿Mejoraría su calidad de vida y su sufrimiento sobretodo asociado a su circulación y dispersión por los distintos niveles asistenciales? ¿Quién debe tomar las decisiones?

Estamos ante un escenario que exige dar respuesta a estos retos pero de una forma diferente. No se trata de ofrecer soluciones específicas para estos pacientes en función de donde están ingresados o son atendidos o en función de quien les atiende, sino que es importante que enfermería sea proactiva, con mirada al horizonte que permita abordar la complejidad de los cuidados que requieren estos pacientes, de forma distinta. No existen respuestas mágicas ni universales pero si respuestas que deriven de un abordaje multidisciplinario en el que enfermería haga lo que le toca hacer pero de manera cooperativa y con intención de potenciar un cambio significativo en la atención de estos pacientes, especialmente aquellos que están en situación de mayor complejidad y vulnerabilidad.

Es por ello que las diferentes fases de esta investigación pretenden de forma ordenada y consistente, primero definir las competencias asociadas a la toma de decisiones ante estos pacientes, en segundo lugar diseñar una formación que ayude a potenciar el pensamiento crítico y la reflexión al respecto de estos retos que no distan de ser los retos de nuestro día a día permitiendo desarrollar dichas competencias, y por último evaluar no sólo el aprendizaje adquirido durante la formación sino la adquisición y la transferencia en los diferentes ámbitos de trabajo en los que se atienden a pacientes crónicos en situación de complejidad (atención primaria, atención especializada y ámbito sociosanitario).

Las tres fases de esta investigación parten de la premisa básica de la reflexión de lo que hacemos en nuestra práctica diaria y esta reflexión debe potenciar el consenso, la integración, el desarrollo y la evaluación de estas competencias con el **objetivo de poner a disposición de los pacientes crónicos con necesidades complejas los mejores cuidados.**

CONFIDENCIALIDAD

Sus datos serán tratados con la más absoluta confidencialidad según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. De acuerdo a lo que se establece en la legislación mencionada usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos. Para ello, deberá dirigirse a la investigadora principal de esta investigación, Mercè Prat Martínez. Los datos recogidos para este estudio serán codificados para que no puedan estar relacionados con su propia persona.

Cuando se hagan públicos los resultados del estudio, sus datos personales no serán publicados y su identidad permanecerá anónima.

Por favor, lea esta hoja informativa con atención. Como investigadora principal de este estudio, aclararé todas aquellas preguntas y dudas que le puedan surgir antes y durante la investigación. Su participación en este estudio es voluntaria y usted puede anular su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.

FIRMAS:

D/Dña: acepta haber entendido la presente hoja informativa y aclarado todas sus dudas por tanto, acepta de forma voluntaria la participación en esta investigación.

Firma del Participante	Firma del investigador
------------------------	------------------------

Fecha:

ANEXO 8. IEMAC/ARCHO. Instrumento para la Evaluación de Modelos de Atención ante la cronicidad

IEMAC-ARCHO

Assessment of Readiness
for **Chronicity** in Health
Care Organizations

Instrumento de Evaluación
de Modelos de Atención
ante la **Cronicidad**

www.iemac.org

UNIVERSITATIS
Miguel
Hernández

MSD

bioef
berrikuntza + ikerketa + osasuna eusko fundazioa
Fundación vasca de innovación e investigación sanitarias

Disponible en: <https://www.iemac.es/iemac-archo/dimension.php?d=1>

ANEXO 9. cuestionario Decision Making Questionnaire II (DMQ-II)

CONOCE TU ESTILO EN LA TOMA DE DECISIONES

Objetivos:

- ✓ Conocer el estilo más usual que utilizas para tomar decisiones
- ✓ Reflexionar sobre los aspectos que condicionan el proceso de tomar la decisión.

Procedimiento:

A continuación, te presentamos el **cuestionario Decision Making Questionnaire II (DMQ-II)** diseñado en 1982 por el profesor Leon Mann, de la Universidad de Flinders (Australia) y traducido al castellano por Barbero, Vila, Maciá, Pérez-Llantada y Navas (1993) sobre los estilos de toma de decisiones. En la adaptación de la escala que ofrecemos, la redacción de los ítems se ha adaptado al contexto de atención al paciente crónico con necesidades complejas y se ha incluido un rango de respuesta más amplio (concretamente hemos añadido la opción *frecuentemente*) con la intención de que vosotros como participantes de la formación podáis delimitar de forma más precisa la adecuación de cada enunciado a sus características. Tu labor consiste en responder a las preguntas del cuestionario para conocer tu estilo de toma de decisiones más frecuente. Para ello, señala la opción que más se adapte a ti, teniendo en cuenta lo que significa cada número: 0=nunca/casi nunca, 1= a veces, 2= frecuentemente y 3=casi siempre/siempre.

N: Nunca/casi nunca

AV: A veces

FR: Frecuentemente

S: Siempre/casi siempre

		N	AV	FR	S
1	Me siento tremendamente presionado/a por el tiempo cuando tengo que tomar una decisión en un momento clave.	0	1	2	3
2	Me siento más relajado/a a la hora de elegir una alternativa, si considero que la decisión a tomar no es demasiado importante.	0	1	2	3
3	Siempre que puedo, me gusta considerar todas las alternativas existentes antes de tomar una decisión.	0	1	2	3
4	Cuando tengo que tomar una decisión, procuro no pensar demasiado en ello.	0	1	2	3
5	Prefiero que sean otras personas del equipo las que tomen algunas decisiones.	0	1	2	3
6	Si me siento molesto/a o incómodo/a por tener que tomar decisiones, lo hago de manera impulsiva y sin reflexionar.	0	1	2	3
7	Siempre que puedo, procuro analizar o tener en cuenta las desventajas de cada una de las alternativas antes de tomar una decisión.	0	1	2	3
8	Cuando la decisión tomada resulta incómoda, me inclino a pensar que la culpa es de los demás.	0	1	2	3
9	Pierdo mucho el tiempo en cuestiones triviales antes de tomar la decisión final.	0	1	2	3
10	Me siento incómodo cuando tengo que tomar decisiones.	0	1	2	3
11	Cuando tomo una decisión la llevo a cabo con la conducta que considero más adecuada, teniendo en cuenta las características de dicha decisión y de las circunstancias que me rodean.	0	1	2	3
12	Incluso después de haber tomado una decisión, demoro más de lo necesario su puesta en práctica.	0	1	2	3
13	Después de tomar una decisión, tiendo a infravalorar las alternativas que no elegí.	0	1	2	3
14	Cuando tengo que tomar una decisión, me gusta reunir toda la información posible acerca de lo ocurrido.	0	1	2	3
15	Evito tomar demasiadas decisiones	0	1	2	3
16	Cuando tengo que tomar una decisión, sólo quiero obtener información de la alternativa que prefiero.	0	1	2	3
17	Cuando tengo que tomar una decisión importante, espero demasiado tiempo antes de tomarla.	0	1	2	3
18	No me gusta asumir la responsabilidad que conlleva el tomar decisiones.	0	1	2	3

19	Procuro tener claros mis objetivos antes de elegir una alternativa.	0	1	2	3
20	Me olvido, o no valoro de forma adecuada, la información importante acerca de las posibles alternativas de elección.	0	1	2	3
21	La posibilidad de que alguna cosa vaya mal después de tomar la decisión, por muy pequeña que sea, hace que piense demasiado la decisión a tomar.	0	1	2	3
22	Si una decisión puede ser tomada por mí o por otra persona, dejo a la otra persona que la tome.	0	1	2	3
23	Siempre que me enfrento a una decisión difícil me siento pesimista a la hora de encontrar una buena solución.	0	1	2	3
24	Tomo muchas precauciones antes de tomar una decisión importante.	0	1	2	3
25	Tomo decisiones basándome en aspectos pequeños y sin importancia	0	1	2	3
26	No tomo decisiones extremas a menos que realmente me vea forzado/a a ello.	0	1	2	3
27	Demoro el tomar decisiones importantes hasta que es demasiado tarde.	0	1	2	3
28	Me dejo influir por las personas que están mejor informadas que yo.	0	1	2	3
29	Después de tomar una decisión, paso mucho tiempo convenciéndome de que la decisión adoptada es la correcta.	0	1	2	3
30	Demoro el tomar decisiones importantes	0	1	2	3
31	No puedo pensar con claridad si tengo que tomar decisiones apresuradamente.	0	1	2	3

AUTOCORRECCIÓN

- En primer lugar, tienes que invertir la puntuación de los enunciados 3,7,11,14,19, de manera que, si has marcado 0, tienes que cambiarlo por el 3, si has marcado el 1, tienes que cambiarlo por el 2, si has marcado el 2 tienes que cambiarlo por el 1 y si has marcado el 3 tienes que cambiarlo por el 0.
- Una vez que hayas realizado estos cambios, suma la puntuación total de los siguientes grupos de enunciados:
 - 1,2,5,6,8,9,10,12,16,17,21,23,24,26,27,29,30 y 31=
 - 3,4,7,14,18 y 20=
 - 11,15,19,22 y 28=

ANEXO 10. Cuestionario de satisfacción según modelo normalizado en el Plan de Formación del Parc Taulí Y Cuestionario para la evaluación de las acciones formativas del sistema de formación para el empleo.

Fundación Estatal
PARA LA FORMACIÓN EN EL EMPLEO

MINISTERIO DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL
SERVICIO PÚBLICO DE EMPLEO ESTATAL

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS ACCIONES FORMATIVAS EN EL MARCO DEL SISTEMA DE FORMACIÓN PARA EL EMPLEO. FORMACIÓN DE DEMANDA (Orden TAS 2307/2007, de 27 de julio)

Para evaluar la calidad de las acciones formativas es necesaria su opinión como alumno/a, acerca de los distintos aspectos del curso en el que ha participado.
LE ROGAMOS RESPONDA A TODAS Y CADA UNA DE LAS PREGUNTAS DE ESTE CUESTIONARIO.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN
Los datos aportados en el presente cuestionario son confidenciales y serán utilizados, únicamente, para analizar la calidad de las acciones formativas.

I. DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA ACCIÓN FORMATIVA (Preimpresos o a cumplimentar por la entidad beneficiaria)

1. Nº expediente	B186661AB	2. Perfil	Empresa Bonificada
3. CIF empresa	Q58500051	4. Nº Acción	10
5. Nº Grupo	1		
6. Denominación acción	Toma de decisiones en enfermería en el contexto de atención a los pacientes crónicos con necesidades complejas.		
7. Modalidad	Presencial		

II. DATOS DE CLASIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE (señale con una X la casilla correspondiente)

1. Edad	2. Sexo	6. Horario del curso
34	1. Mujer <input checked="" type="checkbox"/>	1. Dentro de la jornada laboral (ir a 6.1) <input type="checkbox"/>
	2. Varón <input type="checkbox"/>	2. Fuera de la jornada laboral <input checked="" type="checkbox"/>
3. Titulación actual		3. Ambas (ir a 6.1) <input type="checkbox"/>
1. Sin titulación <input type="checkbox"/>		6.1 Porcentaje de la jornada laboral que abarca el curso
11. Certificado de Profesionalidad Nivel 1 <input type="checkbox"/>		1. Menos del 25% <input type="checkbox"/>
12. Formación Profesional Básica/Cualificación Profesional <input type="checkbox"/>		2. Entre el 25% al 50% <input type="checkbox"/>
2. Título de graduado E.S.O./Graduado escolar <input type="checkbox"/>		3. Más del 50% <input type="checkbox"/>
3. Título de Bachiller <input type="checkbox"/>		7. Tamaño de la empresa del participante
4. Título de Técnico/ FP grado medio <input type="checkbox"/>		1. De 1 a 9 empleados <input type="checkbox"/>
41. Título Profesional enseñanzas música-danza, artes <input type="checkbox"/>		2. De 10 a 49 empleos <input type="checkbox"/>
42. Certificado de Profesionalidad Nivel 3 <input type="checkbox"/>		3. De 50 a 99 empleos <input type="checkbox"/>
5. Título de Técnico Superior/ FP grado superior <input type="checkbox"/>		4. De 100 a 250 empleos <input type="checkbox"/>
6. E. universitarios 1º ciclo (Diplomatura-Grado) <input type="checkbox"/>		5. De más de 250 empleos <input checked="" type="checkbox"/>
7. E. universitarios 2º ciclo (Licenciatura-Máster) <input checked="" type="checkbox"/>		
8. E. universitarios 3º ciclo (Doctor) <input type="checkbox"/>		
9. Título de Doctor <input type="checkbox"/>		
10. Otra titulación		
1. Carnet profesional <input type="checkbox"/>		
2. Enseñanzas de escuelas oficiales de idiomas <input type="checkbox"/>		
3. Otra titulación no formal (especificar) <input type="checkbox"/>		
4. Lugar de trabajo (indicar PROVINCIA)		
1. Lugar del centro de trabajo	CSPT	
5. Categoría profesional		
1. Directivo/a <input type="checkbox"/>		
2. Mando Intermedio <input type="checkbox"/>		
3. Técnico/a <input checked="" type="checkbox"/>		
4. Trabajador/a cualificado/a <input checked="" type="checkbox"/>		
5. Trabajador/a de baja cualificación <input type="checkbox"/>		
6. Otra categoría (especificar) <input type="checkbox"/>		



III. VALORACIÓN DE LAS ACCIONES FORMATIVAS

Valore los siguientes aspectos del curso utilizando una escala de puntuación del 1 al 4. Marque con una X la puntuación correspondiente:

1 Completamente en desacuerdo, 2 En desacuerdo, 3 De acuerdo, 4 Completamente de acuerdo

	Formadores				Tutores			
	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Organización del curso								
1.1 El curso ha estado bien organizado (información, cumplimiento de fechas/horarios, entrega material)				X				
1.2 El número de alumnos del grupo ha sido adecuado para el desarrollo del curso				X				
2. Contenidos y metodología								
2.1 Los contenidos del curso se han ajustado a mis necesidades formativas				X				
2.2 Ha habido una combinación adecuada de teoría y práctica				X				
3. Duración y horario								
3.1 La duración del curso ha sido suficiente según los objetivos y contenidos del mismo				X				
3.2 El horario ha favorecido la asistencia al curso				X				
4. Formadores / Tutores								
4.1 La forma de impartir o tutorizar el curso ha facilitado el aprendizaje				X				
4.2 Conocen los temas tratados en profundidad				X				
5. Medio didácticos (guías, manuales, fichas...)								
5.1 La documentación y materiales entregados son comprensibles y adecuados				X				
5.2 Los medio didácticos están actualizados				X				
6. Instalaciones y medios técnicos (pizarra, pantalla, proyector, TV, video, ordenador, programas, máquinas, herramientas...)								
6.1 El aula, el taller o las instalaciones han sido apropiadas para el desarrollo del curso				X				
6.2 Los medios técnicos han sido adecuados para desarrollar el contenido del curso (ordenadores, pizarra, proyector, TV, máquinas)				X				
7. Sólo cuando el curso se ha realizado en la modalidad a distancia, teleformación o mixta								
7.1 Las guías tutoriales y los materiales didácticos han permitido realizar fácilmente el curso (impresos, aplicaciones telemáticas)				X				
7.2 Se ha contado con medios de apoyo suficientes (tutorías individualizadas, correo y listas de distribución, teleconferencia, biblioteca virtual, buscadores...)				X				
8. Mecanismos para la evaluación del aprendizaje								
8.1 Se ha dispuesto de pruebas de evaluación y autoevaluación que me permiten conocer el nivel de aprendizaje alcanzado					<input checked="" type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No		
8.2 El curso me permite obtener una acreditación donde se reconoce mi cualificación					<input checked="" type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No		
9. Valoración general del curso								
9.1 Puede contribuir a mi incorporación al mercado de trabajo				X				
9.2 Me ha permitido adquirir nuevas habilidades/capacidades que puedo aplicar al puesto de trabajo				X				
9.3 Ha mejorado mis posibilidades para cambiar de puesto de trabajo en la empresa o fuera de ella				X				
9.4 He ampliado conocimientos para progresar en mi carrera profesional				X				
9.5 Ha favorecido mi desarrollo personal				X				
10. Grado de satisfacción general con el curso								
10.1 Satisfecho con el curso				X				
11. Si desea realizar cualquier sugerencia u observación, por favor, utilice el espacio reservado a continuación								

Fecha de cumplimentación del cuestionario

Muchas gracias por su colaboración

Toma de decisiones en enfermería en el contexto de atención a los pacientes crónicos con necesidades complejas

Benvolgut/uda,
per poder fer una avaluació d'aquesta activitat formativa necessitem conèixer la seva opinió respecte a les següents preguntes:

1. El nivell del curs creu ha estat:

<input type="checkbox"/>	Baix	<input type="checkbox"/>	Adequat a les seves necessitats	<input checked="" type="checkbox"/>	Alt
--------------------------	------	--------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	-----

2. Els coneixements adquirits, tindran aplicabilitat en el seu lloc de treball:

<input checked="" type="checkbox"/>	A curt termini (abans de 6 mesos)	<input type="checkbox"/>	A mig termini (entre 6 i 12 mesos)	<input type="checkbox"/>	A llarg termini (després d'1 any)
-------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	--------------------------	--------------------------------------

3. L'organització del curs (informació prèvia, durada, aula...) ha estat:

Molt dolenta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Molt bona
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

4. Ha assolit les expectatives que prèviament tenia sobre el curs?

No assolides	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sí assolides
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

5. La metodologia d'impartició (mitjans didàctics, material...) ha estat:

Gens adequada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Molt adequada
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------

6. El grau d'actualització dels temes ha estat:

Gens adequat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Molt adequat
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

7. Opinió global respecte l'actuació docent:

	1 gens d'acord - 10 totalment d'acord										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Els docents exposen de forma clara els continguts											
Els docents afavoreixen la participació activa dels alumnes											

8. De l'1 al 10, quina PUNTUACIÓ GLOBAL li donaria a aquest curs?

ANEXO 11. Cuestionario de transferencia que se pasó a las enfermeras después de cada sesión formativa

TRANSFER - PLAN DE ACCIÓN

SEGUNDA SESIÓN FORMATIVA
16 -FEBRERO-2018

1. Identificar los aprendizajes realizados que son transferibles al puesto de trabajo

- a.
- b.
- c.
- d.
- e.
- f.
- g.

2. Agrupar los aprendizajes por temas

Tema 1 _____
Tema 2 _____
Tema 3 _____
Tema 4 _____

3. Re-escribir los aprendizajes como objetivos a alcanzar a la vuelta al trabajo

- a.
- b.
- c.
- d.

ANEXO 12. Informe de transferencia que se pasó a las responsables de la unidad.

**INFORME SOBRE TRANSFERÈNCIA
CAP DELS PARTICIPANTS EN LA FORMACIÓ SOBRE LA
PRESA DE DECISIONS EN EL CSPT**

Nom i cognoms del cap: _____

Participants en la formació: _____

PROPOSTES DE MILLORA IMPLEMENTADES

1. S'han pogut portar a terme les propostes de millora plantejades pels seus treballadors participants a la sessió formativa?

Si No

2. Quina és la seva valoració en quan a la seva pertinença i utilitat?

Gens Poc Bastant Molt

APLICACIÓ DELS APRENTATGES

2. Ha observat canvis en l'actuació professional dels participants després de la formació?

Si No

En cas que sí pots enumerar-los?

3. Creus que aquests canvis seran permanents en el temps?

Gens Poc Bastant Molt

- Què t'ho fa pensar? Enumera els facilitadors i les barreres

CONDICIONANTS ORGANITZATIUS

4. Creu que hi ha predisposició envers el canvi a la seva organització?

Si No

5. Creu que els participants en la formació reben suport per aplicar els aprenentatges assolits?

Si No

6. Consideres que l'organització disposa del recursos necessaris per que els participants puguin aplicar els aprenentatges assolits mitjançant la formació?

Si No

CONDICIONANTS PERSONALS

7. Penses que els participants disposen de les competències necessàries per transferir allò après en el lloc de treball?

Si No

8. Creus que els participants estan prou motivats per transferir allò après a la seva pràctica habitual?

Gens Poc Bastant Molt

ANEXO 14. Encuesta Google Forms basada en el instrumento IEMAC/ARCHO

*IEMAC/ARCHO adaptado a un cuestionario Google Forms.

Parc Tauli: <https://forms.gle/r2n4ipBKoEv9BP9C6>

Hospital el Vendrell: <https://forms.gle/2a34bTCh9LghnYxEA>

TRANSFER - PLAN DE ACCIÓN

SEGUNDA SESIÓN FORMATIVA
16 -FEBRERO-2018

1. Identificar los aprendizajes realizados que son transferibles al puesto de trabajo

- a.
- b.
- c.
- d.
- e.
- f.

2. Agrupar los aprendizajes por temas

Tema 1 _____
Tema 2 _____
Tema 3 _____
Tema 4 _____

3. Re-escribir los aprendizajes como objetivos a alcanzar a la vuelta al trabajo

- a.
- b.
- c.

3. Menciona los elementos que piensas pueden facilitarte o dificultar la transferencia de dichos aprendizajes

FACILITADORES	BARRERAS
a.	a.
b.	b.
c.	c.
d.	d.

ANEXO 19. Autorización del autor del cuestionario Decision Making Questionnaire II (DMQ-II)

PERMISO PARA LA UTILIZACIÓN Y ADAPTACIÓN DEL CUESTIONARIO DMQ-II

Permiso para utilizar instrumento toma de decisiones ▶ Recibidos x



Mercè Prat <merceprat74@gmail.com>
para fgimeno ◀

mié, 17 feb 9:31 ☆ ↶ ⋮

Estimado Sr Gimeno,

Me pongo en contacto con usted para solicitar su permiso para poder utilizar el instrumento de toma de decisiones que ustedes validaron en el contexto de arbitraje para utilizarlo en mi tesis doctoral. Ustedes utilizaron la versión traducida al castellano por **Bartero**, Vila, Macià, Pérez-Llantada y Navas (1993) del cuestionario Decision Making Questionnaire II (DMQ-II) diseñado en 1982 por el profesor Leon Mann y en su artículo "EVALUACIÓN DEL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES EN EL CONTEXTO DEL ARBITRAJE DEPORTIVO: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO DMQ II EN ÁRBITROS DE BALONMANO" he encontrado el instrumento adaptado por ustedes y la explicación de los tres factores que son muy acordes con el contexto en el que quiero llevar a cabo la investigación.

Mi tesis doctoral trata de la toma de decisiones enfermeras en el contexto de atención a pacientes crónicos con necesidades complejas.

Estoy a su disposición para cualquier duda o aclaración y deseo de corazón que me pueda contestar a este correo.

Muchas gracias,
Un saludo desde Barcelona

Mercè Prat Martínez

Fernando Gimeno Marco <fergimen@unizar.es>
para mí ◀

22 feb 2021 11:03 ☆ ↶ ⋮

Buenos días Mercè.

Encantado de saludarte. Gracias por tu cortesía profesional y, por supuesto, adelante con la utilización de esta adaptación del DMQ-II si puede resultarte de utilidad para tu tesis doctoral. Al ser éste un instrumento de evaluación psicológica, nuestra recomendación es que en tu proyecto de tesis doctoral cuentes con el adecuado asesoramiento por parte de tu director/a u otro profesional de vuestro equipo de investigación.

Mucho éxito con tu tesis.

Fernando

Fernando Gimeno Marco
Programa de Rehabilitación Permanente de
Enfermedades Reumáticas – ARPER

Fernando Gimeno Marco
Profesor de Psicología de la Actividad Física y del Deporte
Vicedecano de Investigación, Infraestructuras e Innovación
Coordinador de la Comisión de Calidad

ANEXO 23. Tabla de contenido para rellenar antes de la última sesión formativa

PROPOSTES DE MILLORA EN RELACIÓ AL CONTEXT EN EL QUE EL COL·LECTIU D'INFERMERIA PREN DECISIONS EN RELACIÓ A L'ATENCIÓ AL PACIENT CRÒNIC AMB NECESSITATS COMPLEXES

Benvolguts/es,

Atenent al debat tan productiu que vem tenir durant la primera i segona sessió del curs en relació a les mancances i millores del context en el que el col·lectiu d'infermeria pren decisions, ens agradaria demanar-vos tres propostes que farieu per tal de millorar el context en el que esteu treballant i que millorarien l'eficàcia de la vostra presa de decisions.

NOM I COGNOM	

ANEXO 24. Informe de transferencia



CUARTA SESSIÓ FORMATIVA
2 –Maig-2018

NOM

CURSO "Toma de decisiones en enfermería en el contexto de atención a los pacientes crónicos con necesidades complejas"

Con el objetivo de medir la transferencia de vuestros aprendizajes en el lugar de trabajo, responder a las siguientes preguntas:

1. ¿Se ha podido llevar a cabo la propuesta planteada?

Si

No

En caso que la respuesta sea NO argumenta tu respuesta:

2. Los objetivos planteados para conseguir en el lugar de trabajo, ¿se han cumplido?

Si

No

En caso que la respuesta sea NO argumenta tu respuesta:

3. En relación a la acción de transferencia enumera tres puntos a favor de la implementación de la propuesta y tres puntos en contra:

PUNTOS A FAVOR	PUNTOS EN CONTRA
1.	1.
2.	2.
3.	3.

ANEXO 25. Aprobación de la dirección de enfermería del Hospital el Vendrell

Estimados/as,

Por la presente se hace constar que la Sra. Mercè Prat Martínez, bajo la dirección de la Dra. Pilar Pineda Herrero, del Departamento de Pedagogía Sistemática y Social de la Universidad Autónoma de Barcelona desarrollará parte de su proyecto de Tesis Doctoral titulada “La competencia toma de decisiones en profesionales de enfermería que atienden a pacientes crónicos con necesidades complejas” en el Hospital el Vendrell -Xarxa Social i Sanitaria Santa Tecla durante el año 2019.

En el marco del curso formativo que la docente llevará a cabo en nuestra institución bajo el título: “Abordaje de enfermería ante el cuidado de pacientes crónicos con necesidades complejas en trayectoria de final de vida”, se evaluará la eficacia de la herramienta Health Consensus como herramienta pedagógica útil para potenciar la reflexión grupal y generar consensos en el ámbito de la salud.

Este proyecto se llevará a cabo gracias también a la colaboración del Departamento de Educación de la Universidad Autónoma de Barcelona y de la Universidad Politécnica de Catalunya.

Bajo el consentimiento de JOSÉ MANUEL YEPES TRIGUEROS, enfermero Gestor de Cuidados de Medicina Interna.

El Vendrell, a día 20 de marzo de 2019.

José Manuel Yepes Trigueros
Infermer Gestor de Cuidatges Medicina Interna
Hospital del Vendrell
977257900 Ext 2454
Xarxa Social i Sanitaria Santa Tecla

ANEXO 26. Aprobación del Comité de Ética y de Investigación Clínica del Consorci Sanitari Parc Taulí



INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

COLOMA MORENO QUIROGA, Secretaria del Comité Ético de Investigación con Medicamentos Parc Taulí de SABADELL (Barcelona)

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta del promotor Mercè Prat Martínez para que se realice el estudio titulado: "La competencia toma de decisiones en profesionales de enfermería que atienden a pacientes crónicos con necesidades complejas", Protocolo y HIP/CI versión 1.2 de abril de 2018 y considera que:

1. Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsible para el sujeto.
2. La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
3. Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudiera derivarse de su participación en el estudio.
4. El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
5. Y que el Comité acepta que dicho estudio sea realizado en el Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell por Pujol Garcia Anna, como investigador principal.

Lo que firma en Sabadell a jueves, 5 abril 2018

Firmado:

**MORENO
QUIROGA
COLOMA -
40859447Q**

Firmado digitalmente por
MORENO QUIROGA COLOMA
- 40859447Q
Número de reconocimiento
(RFC): 40859447Q
Fecha: 2018.04.05 11:02:10
El contenido de este documento
no puede ser modificado
sin la firma digital del
emisor.

Dra. Coloma Moreno Quiroga

Ref.: 2018506

ANEXO 27. Hoja de información al participante en el estudio de investigación



HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Estimada compañera:

Mi nombre es Mercè Prat Martínez. Durante dieciocho años desempeñé mi labor como enfermera en el Centro Sociosanitario Albada de la Corporación Sanitaria Parc Taulí y actualmente ejerzo como profesora titular de la Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat.

Me dirijo a usted ya que necesito de su colaboración. En estos momentos estoy llevando a cabo mi tesis doctoral en el Departamento de Pedagogía Sistemática y Social por la Universidad Autónoma de Barcelona que lleva por título: "La competencia toma de decisiones clínicas en profesionales de enfermería que atienden a pacientes crónicos con necesidades complejas" y me encuentro en el momento de la recogida de los datos.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO: La finalidad de esta tesis doctoral es definir los resultados de aprendizaje de las competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones en el contexto de atención al paciente crónico con necesidades complejas, implementar una acción formativa para desarrollar dichas competencias y evaluar el grado de aprendizaje y de transferencia de la formación en el lugar de trabajo. Esta investigación consta de 3 fases:

- ✓ **FASE 1:** "Definición y consenso de los resultados de aprendizaje de las competencias asociadas a la práctica enfermera y toma de decisiones en el contexto de atención al paciente crónico con necesidades complejas".
- ✓ **FASE 2:** "Desarrollar las competencias asociadas a la toma de decisiones basada en la práctica reflexiva y el pensamiento crítico en enfermeras que cuidan a pacientes con necesidades complejas del Consorcio Corporación Sanitaria Parc Taulí.

- ✓ FASE 3: “Evaluación del grado de aprendizaje y nivel de transferencia de lo aprendido en el lugar de trabajo de los profesionales de enfermería que realizan la acción formativa”.

Es por ello por lo que se le invita a participar en las siguientes fases de esta investigación:

- ✓ Fase 1 Participante del grupo nominal
- ✓ Fase 2 Participante de la acción formativa
- ✓ Fase 3 Participante de la fase de evaluación de la transferencia de los aprendizajes aprendidos durante la formación

DURACIÓN DEL ESTUDIO:

Fase 1 Los expertos participantes del grupo nominal deberán realizar de forma previa a la sesión de expertos un ejercicio individual. Se asignarán las 6 competencias relacionadas con la toma de decisiones para que se describan los resultados de aprendizaje, la dimensión (conocimiento, habilidad y actitud) a la que pertenecen y sus unidades de competencia. El participante tendrá 2 semanas para elaborar este trabajo de reflexión individual.

El grupo nominal se llevará a cabo en una única sesión, en la Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat y tendrá una duración aproximada de 2 horas.

Fase 2 Los participantes del curso formativo deberán acudir durante 4 sesiones de 4 horas de duración. Habrá un grupo de mañana y otro de tarde. Antes de cada sesión se trabajará de forma individual en base a diversos ejercicios propuestos por el equipo investigador. El participante tendrá 1 semana para realizar los ejercicios individuales indispensables para poder asistir a cada sesión del curso formativo. El curso formativo se llevará a cabo durante el mes de febrero y mayo de 2018 en la Corporación Sanitaria Parc Tauli.

Fase 3 Los participantes del curso formativo deberán exponer en la última sesión, que se realizará a los 3 meses de las anteriores sesiones, sus evidencias en relación con las propuestas de mejora y a los aprendizajes implementados en el lugar de trabajo. En esta fase también participaran los responsables de todos los participantes del curso.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO:

Esta investigación no comporta ningún riesgo para usted, pero sí que pretende aportar beneficios tanto al colectivo de enfermería que atiende a pacientes crónicos en situación de complejidad, como a los propios pacientes. No podemos olvidar que estas personas además de precisar muchos recursos asistenciales y alto soporte familiar requieren del acompañamiento de un equipo multidisciplinar para evitar el sufrimiento que les genera no sólo el proceso de enfermedad sino el contexto sanitario en el que se ven inmersos. Actualmente encontramos pacientes crónicos en situación de complejidad en Atención Primaria, en hospitalización de agudos, en urgencias, en unidades sociosanitarias e incluso en ámbitos residenciales... ¿Conocemos los recursos que cada nivel asistencial dispone para ellos y los circuitos establecidos para poder dar respuesta a sus necesidades de forma rápida? ¿Sabemos utilizarlos? ¿Conocemos el modelo de gestión de cronicidad de la institución en la que trabajamos? ¿Conocemos las herramientas comunes a todos los niveles asistenciales que permitirían garantizar con más éxito la continuidad asistencial? ¿Conocemos los roles de los diferentes profesionales que intervienen en el proceso de atención de estos pacientes?

Si tuviéramos respuesta a estas preguntas: ¿disminuirían sus descompensaciones y por tanto sus hospitalizaciones y sus visitas recurrentes a urgencias? ¿Mejoraría su calidad de vida y su sufrimiento sobretodo asociado a su circulación y dispersión por los distintos niveles asistenciales? ¿Quién debe tomar las decisiones?

Estamos ante un escenario que exige dar respuesta a estos retos, pero de una forma diferente. No se trata de ofrecer soluciones específicas para estos pacientes en función de donde están ingresados o son atendidos o en función de quien les atiende, sino que es importante que enfermería sea proactiva, con mirada al horizonte que permita abordar la complejidad de los cuidados que requieren estos pacientes, de forma distinta. No existen respuestas mágicas ni universales, pero sí respuestas que deriven de un abordaje multidisciplinario en el que enfermería haga lo que le toca hacer pero de manera cooperativa y con intención de potenciar un cambio significativo en la atención de estos pacientes, especialmente aquellos que están en situación de mayor complejidad y vulnerabilidad.

Es por ello que las diferentes fases de esta investigación pretenden de forma ordenada y consistente, primero definir los resultados de aprendizaje de las competencias asociadas a la toma de decisiones ante estos pacientes, en segundo lugar diseñar una formación que ayude a potenciar el pensamiento crítico y la reflexión al respecto de estos retos que no distan de ser los retos de nuestro día a día permitiendo desarrollar dichas competencias, y por último evaluar no sólo el aprendizaje adquirido durante la formación sino la adquisición y la transferencia en los diferentes ámbitos de trabajo en los que se atienden a pacientes crónicos en situación de complejidad (atención primaria, atención especializada y ámbito sociosanitario).

Las tres fases de esta investigación parten de la premisa básica de la reflexión de lo que hacemos en nuestra práctica diaria y esta reflexión debe potenciar el consenso, la integración, el desarrollo y la evaluación de estas competencias con el **objetivo de poner a disposición de los pacientes crónicos con necesidades complejas los mejores cuidados.**

CONFIDENCIALIDAD

Sus datos serán tratados con la más absoluta confidencialidad según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. De acuerdo con lo que se establece en la legislación mencionada usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos. Para ello, deberá dirigirse a la investigadora principal de esta investigación, Mercè Prat Martínez. Los datos recogidos para este estudio serán codificados para que no puedan estar relacionados con su propia persona.

Cuando se hagan públicos los resultados del estudio, sus datos personales no serán publicados y su identidad permanecerá anónima.

Por favor, lea esta hoja informativa con atención. Como investigadora principal de este estudio, aclararé todas aquellas preguntas y dudas que le puedan surgir antes y durante la investigación. Su participación en este estudio es voluntaria y usted puede anular su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.

FIRMAS:

D/Dña: acepta haber entendido la presente hoja informativa y aclarado todas sus dudas por tanto, acepta de forma voluntaria la participación en esta investigación.

Firma del Participante	Firma del investigador
------------------------	------------------------

Fecha:

ANEXO 28. Consentimiento informado de los participantes

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Usuario:

Mi nombre es Mercè Prat, profesora Titular de Enfermería de la Escuela Universitaria Gimbernat.

Le informo de que estoy realizando un estudio de investigación cuyo objetivo es desarrollar las competencias profesionales asociadas a la toma de decisiones de las enfermeras/os que trabajan en la Corporación Sanitaria Parc Taulí y que atienden a pacientes crónicos con necesidades complejas.

Para ello se llevará a cabo una primera fase en la que un grupo de expertos del ámbito de la gestión, asistencia y docencia describirán los resultados de aprendizaje de las competencias asociadas a la práctica enfermera y a la toma de decisiones para después, en una segunda fase, desarrollarlas mediante sesiones de formación basadas en la reflexión y el consenso con la finalidad de buscar la calidad de lo que se hace y mejorar nuestra práctica diaria. Por ello, agradecería su participación en este estudio mediante la participación en el grupo nominal que se llevará a cabo en el mes de julio de 2017 o en el curso formativo que se llevará a cabo durante el mes de febrero y marzo de 2018. Su experiencia profesional es fundamental para contribuir en el desarrollo de dichas competencias.

Su participación es totalmente voluntaria y anónima. La información aportada será confidencial, en ningún momento será revelada ni divulgada a otras personas, teniendo en cuenta la normativa vigente sobre la protección de datos personales. Los datos obtenidos como resultado del curso formativo serán tratados de forma anónima y únicamente se utilizarán para la realización del estudio de investigación. Dado que se firma el Consentimiento Informado, el mecanismo para mantener el anonimato será la codificación de los sujetos para disociar sus datos personales de los datos de la investigación.

Usted solamente deberá participar en el curso formativo y responder con la mayor sinceridad a las preguntas, reflexiones y ejercicios propuestos por el equipo docente. La participación al curso es totalmente voluntaria. Podrá negarse en cualquier momento a contestar alguna pregunta o abandonar, si lo desea, el estudio sin ninguna repercusión económica ni alteración de su puesto de trabajo.

Si desea obtener más información o preguntar sobre este estudio antes o después de participar en el curso formativo puede contactar con la investigadora principal enviando un mail a merceprat74@gmail.com.

Yo, (nombre y apellidos) :

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - 1) Cuando quiera
 - 2) Sin tener que dar explicaciones.

Por lo que acepto y presto libremente mi conformidad para participar en esta investigación.

FECHA Y FIRMA DEL PARTICIPANTE	FECHA Y FIRMA DEL INVESTIGADOR
--------------------------------	--------------------------------

ANEXOS COMPLEMENTARIOS (MEMORIA EXTERNA)

- ✓ ANEXO 1. Definiciones de los 15 profesionales expertos después de analizar la nube de palabras
- ✓ ANEXO 2. Plantilla de soporte de la observadora del grupo nominal
- ✓ ANEXO 4. Actividad de reflexión individual a realizar por los participantes del grupo nominal previo a la sesión presencial.
- ✓ ANEXO 5. Presentación que la moderadora realizó al inicio del grupo nominal
- ✓ ANEXO 6. Reflexiones anotadas por el observador del grupo nominal
- ✓ ANEXO 7. Programa formativo aceptado por el Plan Institucional de Formación del Parc Tauli
- ✓ ANEXO 13. Documento de bienvenida a la acción formativa
- ✓ ANEXO 15. Presentación powerpoint de la presentación de la primera sesión de la acción formativa
- ✓ ANEXO 16. Presentación powerpoint sobre el concepto de paciente crónico con necesidades complejas
- ✓ ANEXO 17. Ejemplos de pantallas de la herramienta HealthConsensus
- ✓ ANEXO 20. Presentación powerpoint sobre toma de decisiones
- ✓ ANEXO 21. Presentación powerpoint para explicar las puntuaciones del Decision Making Questionnaire II (DMQ-II)
- ✓ ANEXO 22. Cuadrícula con las tres propuestas de mejora que proponían los participantes
- ✓ ANEXO 29. Definiciones sobre el concepto de Paciente crónico complejo de las 83 enfermeras matriculadas en el Postgrado de Atención al Paciente Crónico de IL3-UB.
- ✓ ANEXO 30. Resultados de Aprendizaje de las competencias 8,9,10,11 y 13.
- ✓ ANEXO 31. Listado de 90 decisiones mencionadas por los 30 participantes de la acción formativa
- ✓ ANEXO 32. Listado de 87 propuestas de mejora que plantearon los participantes de la acción formativa para llevar a cabo en unidad o servicio.
- ✓ ANEXO 33. Plan formativo del curso impartido en el Hospital El Vendrell
- ✓ MATRICES SPSS.