



---

**Un modelo de enseñanza y aprendizaje en simulación semipresencial y a distancia en el campo de la Geriatría con enfoque culturalmente sensible**



GNurseSIM

---

## **Autores**

Aneta Grochowska, Małgorzata Kołpa, Anna Stefanowicz-Kocoł, Sheila Cunningham, Manuel Lillo, Neville Schembri, Phylis Farrugia Abanifi, Hanna-Maria Pesonen, Timo Kinnunen, Anukka, Kukkola, Sari Terri, Anu-Susanna Koskela, Johanna Kero, Sandra Feliciano

---

## **Colaboradores**

Barbara Derżypolska

---

## **Redactores**

Anna Stefanowicz-Kocol

---

## **Diseño**

Tina Cajnkar

---

## **Copyright**

(C) 2022, GNurseSIM

## **The GNurseSIM Consortium**

|  |         |    |
|--|---------|----|
| University of Applied Sciences in Tarnów     | UAS     | PL |
| Satakunnan Ammattikorkeakoulu Oy             | SAMK    | FI |
| Universidad De Alicante                      | UA      | ES |
| Knowledge Innovation Centre                  | KIC     | MT |
| Malta College of Arts Science and Technology | MCAST   | MT |
| Middlesex University                         | MDX     | UK |
| Centria University of Applied Sciences       | Centria | FI |

Este proyecto ha sido financiado con el apoyo de la Comisión Europea. Esta publicación refleja únicamente las opiniones de los autores, y la Comisión no se hace responsable del uso que pueda hacerse de la información aquí difundida. Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-CompartirIgual 4.0 Internacional.



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



# Índice

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 1   | Parte 1. Estudio preliminar de las percepciones sobre la simulación en el ámbito de la formación en enfermería geriátrica .....   | 4  |
| 2   | Parte 2. Los entornos cambiantes del aprendizaje semipresencial y a distancia en la formación de enfermería .....   | 7  |
| 3   | Parte 3. Análisis de los marcos metodológicos y teóricos existentes en la actualidad que se utilizan en la enseñanza y aprendizaje semipresencial y a distancia fundamentados en la pedagogía constructivista social en el área de enfermería ..... | 9  |
| 4   | Parte. 4. La enseñanza por simulación en la formación práctica de estudiantes de enfermería.....  | 12 |
| 5   | Parte 5. Cuestiones interculturales en enfermería geriátrica .....  | 15 |
| 6   | Conclusion .....  | 18 |
| 7   | Bibliography .....  | 19 |
| 8   | Apéndices .....   | 22 |
| 8.1 | Apéndice 1 Plantilla de escenario de simulación de alta fidelidad .....   | 22 |
| 8.2 | Anexo 2.....  | 27 |

# 1 Parte 1. Estudio preliminar de las percepciones sobre la simulación en el ámbito de la formación en enfermería geriátrica

En todo el mundo se espera que el número de personas mayores de 60 años se duplique con creces de aquí a 2050. Las enfermedades asociadas al envejecimiento, como la demencia, son señaladas por la Organización Mundial de la Salud como un importante reto sanitario mundial que los proveedores de asistencia sanitaria actuales y futuros deben estar preparados para afrontar. Y debido a la actual mezcla de culturas, la globalización y el grado de movilidad en el mundo laboral, es probable que las/os pacientes mayores sean atendidos por un/a enfermero/a geriátrica que no comparta los mismos valores, tradiciones y bagaje cultural que la/el paciente. La actual situación epidémica hace que todas las instituciones de enseñanza superior (IES) sean plenamente conscientes de la necesidad de crear cursos de formación semipresencial/distancia.

La simulación es una forma segura de formar a las/os profesionales sanitarias/os para que proporcionen cuidados eficaces a las personas mayores y a sus familias, y existen pruebas de que la formación mediante simulación puede mejorar la calidad de los cuidados prestados a las personas mayores. Sin embargo, aunque se están llevando a cabo programas de simulación geriátrica en todo el mundo, casi ninguno aborda la cuestión de las diferencias interculturales como un problema del que los/as enfermeros/as geriátricos profesionales deberían ser muy conscientes. En este contexto, los objetivos de GNurseSIM son apoyar a las IES para que proporcionen a los/as estudiantes de enfermería geriátrica oportunidades durante su formación de practicar habilidades para adoptar un enfoque holístico multidisciplinar en la atención a pacientes mayores.

La investigación-acción fue el método seleccionado para llevar a cabo las actividades del proyecto. Siguiendo un proceso iterativo, basado en un ciclo de acción-reflexión-acción, el proyecto ha pretendido transformar la forma en que se prepara a los/as estudiantes de enfermería para cuidar a las personas mayores y atender sus necesidades. Como resultado, se ha creado un curso intercultural semipresencial y a

distancia de Enfermería Geriátrica preparado por el consorcio GNurseSim. Éste proporciona a los/as estudiantes las habilidades y competencias que hacen que el cuidado de los/as ancianos/as sea profesional y socialmente aceptable.

Con el fin de recoger los últimos hallazgos en las áreas de simulación en el campo de la enfermería geriátrica, se determinó una serie de motores de búsqueda y se realizó una búsqueda en inglés, así como en los idiomas nativos de los autores de los resultados. Entre ellos se incluyeron: Google scholar, PubMed, MedlinePlus, Web of Science, Science Direct, EMBASE. Como resultado del análisis de la bibliografía se desarrolló un enfoque común para organizar el curso online en módulos de aprendizaje útiles basados en escenarios. Se elaboró la estructura de cada escenario y se filtró una lista de temas geriátricos y de contenido intercultural.

Los resultados de la investigación documental se triangularon con los de la investigación de campo. Se llevó a cabo un estudio cualitativo para explorar las necesidades de las partes o agentes interesados y se dirigió tanto a estudiantes como a expertos dentro del campo de la educación o práctica clínica en el área de la enfermería geriátrica. Tras la aprobación ética (por parte de la Universidad Jan Kochanowski de Kielce, Polonia), se reclutaron participantes de 6 universidades europeas y uno de ellos (correspondiente a España) contó con la colaboración de un hospital : Finlandia, Malta, Polonia, España y Reino Unido: CENTRIA, MCAST, MDX, UAS de Tarnow, SAMK y Universidad de Alicante (que contó con la colaboración del Hospital HLA Vistahermosa). Hubo 63 participantes, entre ellos 8 enfermeras/os, 17 profesores/as universitarios y 36 estudiantes.

Las entrevistas a los grupos focales se realizaron utilizando MS TEAMS, ZOOM y Webex para poder grabar las sesiones. Como resultado de las entrevistas, las universidades indicaron las competencias específicas que deberían tener los/as estudiantes tras completar el módulo de geriatría. En cuanto a los conocimientos, los planes de estudios se centran en los cambios que se producen en el cuerpo humano, los problemas biológicos, mentales y sociales que pueden aparecer en la vejez y las formas de atención a las personas mayores. El número de horas dedicadas a la

simulación médica era similar en las universidades. Oscilaba entre 8 horas (Polonia), 9 (España), 11(Malta) y 27 horas (Finlandia).

Al enumerar las ventajas de una buena práctica de simulación geriátrica, los participantes en los grupos de discusión indicaron en general que, gracias a la simulación clínica, los/as estudiantes tienen la oportunidad de practicar su comportamiento en diversas situaciones, a menudo nuevas y desconocidas. Al participar en un ejercicio de simulación médica, resulta más fácil comunicarse con otras personas que cuidan de ancianos. No hay límite a las posibilidades de practicar situaciones con las que el alumno puede encontrarse y que pueden resultarle difíciles de evaluar y reaccionar de forma que se atiendan las necesidades de la persona mayor. Al enumerar las características de una mala práctica de simulación geriátrica, los socios de GNurseSIM señalaron que el principal aspecto negativo en la simulación médica es una preparación insuficiente de las clases por parte de los formadores y los estudiantes de simulación.

El estudio dio como resultado un borrador de escenario de simulación (véase el Apéndice 1) y una lista de temas gerontológicos que debían abordarse en el curso (véase el Apéndice 2).

## 2 Parte 2. Los entornos cambiantes del aprendizaje semipresencial y a distancia en la formación de enfermería

Los métodos de enseñanza modernos son muy diferentes de los utilizados hace algunos años. En el ámbito de la enfermería, los métodos prácticos de enseñanza constituyen la tendencia habitual a lo largo de los años y han dejado su huella en la historia de la profesión. Sin embargo, hoy en día, la informatización generalizada que existe en casi todos los ámbitos de la vida humana, también en la educación, conecta el mundo a través de Internet, globalizando también el proceso educativo (Pluta-Olearczyk, 2004). La educación online y semipresencial, que lidera el proceso educativo en la actualidad, solía afectar principalmente a perfiles de personas maduras (personas trabajadoras que querían mejorar sus competencias). Tras la aparición de Covid-19, la práctica es mucho más diversa y generalizada. Las tecnologías contemporáneas permiten no sólo la colaboración asíncrona y el intercambio de materiales, sino también el contacto directo en tiempo real entre profesores/as y alumnos/as, con audio o videoconferencia, independientemente de la distancia que los separe.

Los cambios en la educación obligan a los/as profesores a verificar sus formas de enseñar y a buscar métodos nuevos, no convencionales e innovadores. Cada vez con más frecuencia, los docentes universitarios se enfrentan a tareas que son nuevas para ellos: diseñar, preparar y llevar a cabo la enseñanza a distancia o semipresencial. Estas tareas exigen competencias en el ámbito de las tecnologías de la información: conocer los servicios de Internet necesarios y las normas de comunicación de la red mundial relacionadas con ellos. La preparación de algunas ayudas educativas, especialmente en software gráfico, llevan mucho tiempo y requieren de un buen conocimiento del software apropiado (Axley, 2008). Las nuevas formas de enseñanza, la atención prestada a la cooperación en equipo mediante el uso de las novedades tecnológicas, los planes de estudios reelaborados en colaboración con las empresas para aprovechar las oportunidades de las prácticas mixtas, son sólo algunos ejemplos de los cambios que se han producido en el mundo académico.

La organización del aprendizaje a distancia / semipresencial y la metodología del aprendizaje a distancia y semipresencial son importantes campos de investigación en la actualidad. El aprendizaje a distancia con el uso de las modernas tecnologías de la información tiene desventajas incuestionables. Estas son la falta de fiabilidad de la tecnología, el riesgo de disminuir el contacto entre el profesor y el estudiante debido a la limitada interacción, la soledad, la falta de contacto físico directo entre el/la estudiante y el/la profesor/a (despersonalización del aprendizaje), la falta de oportunidad de utilizar técnicas de motivación directa por parte del profesor (Stanisławska, 2003). La educación en enfermería está respondiendo a las debilidades que conlleva la educación a distancia con una conciencia cada vez mayor. Es evidente en la literatura que el peso de la investigación se ha desplazado de los aspectos técnicos del diseño del curso a la experiencia del usuario y la satisfacción que los alumnos perciben mientras están en línea y después de haberse graduado del curso.

McLoughlin y Oliver (2000) señalan los principios del diseño instructivo para diseñar entornos de aprendizaje que favorezcan la inclusión cultural. Sugieren adoptar el aprendizaje constructivista para garantizar el reconocimiento de las capacidades y necesidades de los alumnos. Los autores también proponen crear acceso a recursos variados para garantizar perspectivas múltiples y diseñar actividades de aprendizaje auténticas con roles, tareas y herramientas flexibles para la interacción y el intercambio de conocimientos. Según los autores, también es importante ofrecer a los estudiantes diversos canales de comunicación para cooperar en las tareas y buscar apoyo, así como flexibilidad en los objetivos de aprendizaje, los resultados y los modos de evaluación. Es probable que estos principios fomenten la autodirección, el sentido de pertenencia y la colaboración.



### **3 Parte 3. Análisis de los marcos metodológicos y teóricos existentes en la actualidad que se utilizan en la enseñanza y aprendizaje semipresencial y a distancia fundamentados en la pedagogía constructivista social en el área de enfermería**

El constructivismo parte de la base de que el/la alumno/a es un sujeto activo que crea de forma independiente su propio sistema de conocimientos, a partir de las fuentes disponibles. Según los supuestos del constructivismo social, el conocimiento se asimila con mayor eficacia cuando se trata de un aprendizaje colaborativo. Esto es posible cuando un/a alumno/a trabaja en grupo, compartiendo sus propias experiencias y opiniones, y cuando está abierto a las experiencias y opiniones de los demás (Śmigielska A, 2002).

Se ha investigado mucho sobre el constructivismo y el constructivismo social en enfermería. Sobre la base de esta investigación, se ha confirmado que los términos "constructivismo" y "construccionismo" a veces se utilizan indistintamente, sin embargo, no son sinónimos. El constructivismo social también se centra en descubrir las formas en que los/as individuos/as y los grupos participan en la creación de la realidad social circundante.

En otras palabras, el constructivismo social es una teoría sociológica del conocimiento que se centra en cómo los/as individuos/as llegan a construir y aplicar el conocimiento en contextos mediados socialmente (Fuhrman S, 1994; Hutchinson J & Huberman M, 1993). Varios estudios sugieren que no es probable que los/as futuros/as enfermeros/as estén equipados con los conocimientos y habilidades necesarios para desempeñar sus funciones de manera eficaz utilizando los medios tradicionales de educación. Todaro Franceschi (2011:318) destaca que las/os enfermeras/os señalaron que la formación autodidacta no les proporcionaba la competencia necesaria para atender a las personas moribundas y a sus familiares.

Uno de los elementos de un enfoque didáctico constructivista consiste en facilitar el aprendizaje en una situación concreta: una simulación documentada en pequeños

grupos de un escenario. Los/as participantes trabajan de forma independiente sobre cómo predecir el tratamiento en una situación determinada. Se recomienda representar un papel dos veces para que los/as participantes se familiaricen con la situación desde diferentes perspectivas: la suya propia y la de la persona que realiza un trabajo diferente. Dado que es imposible tratar todos los aspectos de una acción compleja desde todas las perspectivas y en todas las categorías, se recomienda que el/la moderador/a del debate facilite y fomente un debate en profundidad, al tiempo que estructura el debate, para garantizar que no se supera el tiempo asignado.

El uso de películas o videoclips, como un método para incorporar una experiencia educativa sirve como una oportunidad para la autorreflexión crítica. También se ha evidenciado que la autoconciencia y la autorreflexión durante la realización del aprendizaje han ayudado a los estudiantes a adquirir conocimientos experienciales para proporcionar cuidados al final de la vida (Wang et al. 2019:861). Se ha evidenciado que los casos de la vida real y los debates en grupo abierto facilitan la inteligencia emocional, la gestión del trabajo emocional y la exploración de las emociones personales (Bailey & Hewison 2014:3555). El storyboard es un proceso que involucra al cerebro derecho creativo y ha ayudado a los/as estudiantes a identificar aspectos culturales y sentimientos relacionados con el paciente moribundo (Lillyman, Gutteridge & Berridge 2011:179).

Como resultado de los estudios realizados en este ámbito, se han formulado criterios para un buen curso online y se han encontrado algunos principios prácticos y consejos para los/as diseñadores/as y profesores/as que crean y dirigen esas formaciones como por ejemplo:

- la elección del enfoque constructivista social como teoría de aprendizaje predominante en el diseño del curso;
- inserción de información introductoria sobre la formación (objetivos del curso, contenido sustantivo, área temática);
- Los materiales didácticos de la plataforma educativa deben tener una estructura intuitiva y clara y enlaces a distintas fuentes de información (sitios web de temas similares);

- Las tareas deben ajustarse a los distintos estilos de aprendizaje (por ejemplo, diagramas, figuras, ejercicios de escucha y lectura);
- incluir herramientas que permitan la comunicación entre los/as participantes en el curso, así como entre los/as alumnos/as y el/la profesor/a, a través de medios en línea (por ejemplo, mediante un foro de debate, correo electrónico, chats, conversaciones de voz o de vídeo-voz) y/o, si es posible, introducir un enfoque flexible centrado en la comunicación durante las clases presenciales
- los/as participantes deben obtener una respuesta rápida; utilizar métodos de activación (por ejemplo, la simulación) que mantengan el interés y la atención del alumnado.

## 4 Parte. 4. La enseñanza por simulación en la formación práctica de estudiantes de enfermería

En condiciones simuladas, los/as estudiantes pueden practicar un determinado procedimiento varias veces sin consecuencias clínicas aunque cometan un error. El uso de métodos basados en la simulación tiene por objeto proteger a los/as pacientes contra riesgos innecesarios relacionados con una preparación insuficiente de los/as estudiantes para su función profesional. En la simulación sanitaria se utilizan diversos equipos y suministros.

Se comprobó que los/as participantes en las clases de simulación mostraban una mayor confianza antes de entrar en la práctica clínica. En el caso de la enseñanza de la enfermería, las experiencias de simulación deben tener un grado de fidelidad diferente para los distintos tipos de estudiantes en función de su nivel de competencia, que está relacionado con el grado de formación. Los avances tecnológicos también permiten la introducción de simulaciones virtuales o de realidad virtual. Existen estudios que comparan la eficacia de la simulación virtual en contacto directo con el alumno.

La simulación de alta fidelidad (HFS, por sus siglas en inglés) suele plantear escenarios más complejos que imitan fielmente el entorno sanitario real. Como se observa en los entornos sanitarios, las interacciones humanas son complejas y la ventaja de la simulación de alta fidelidad reside en la oportunidad de imitar estas complejas relaciones. Con los recursos adecuados, se puede llevar a cabo una simulación de alta fidelidad con un modelo-muñeco básico sin funciones avanzadas. Sin embargo, es importante atender a la reproducción más fiel posible del entorno sanitario.

Los/as pacientes simulados (PS) se utilizan en la educación basada en la simulación. El uso de PS en la formación de enfermería ofrece a los/as estudiantes la oportunidad de experimentar la interacción con un/a paciente que simula a un/a paciente real, pero en un entorno seguro y controlado. Los PS participan en la simulación no sólo como pacientes o familiares, sino que también pueden hacerlo como otros/as miembros/as

del equipo, por ejemplo, médico y fisioterapeuta. La bibliografía señala varios beneficios de las actividades con pacientes simulados. Una mala calidad del trabajo de SP puede afectar negativamente a la experiencia del/a alumno/a durante la simulación (Standards of Best Practice, 2016). El espacio y las herramientas de formación son factores importantes a tener en cuenta a la hora de desarrollar actividades de simulación para estudiantes de enfermería. Cuantos más elementos se ajusten a la realidad, más fácil será para el estudiante encontrar su camino en el entorno sanitario, lo que aumentará su confianza en sí mismo.

Todos/as los/as autores/as que tratan el tema de la simulación sanitaria indican que el debriefing es su elemento más importante. El debriefing es la facilitación de la reflexión tras la experiencia de un acontecimiento determinado. La simulación de un acontecimiento concreto brinda la oportunidad de practicar y ensayar, y el debriefing proporciona un foro para el debate activo y el aprendizaje. Por otra parte, es esencial implicar tanto al/a instructor/a como al alumnado. Tradicionalmente, el debriefing se lleva a cabo al final de un escenario, pero también es valiosa una breve retroalimentación durante el escenario. Se ha demostrado que reforzar la motivación de los/as alumnos/as y crear un sentimiento de seguridad y confianza en ellos no es algo que venga dado al principio, sino que depende de la interacción de los/as alumnos/as con el/la facilitador/a y de la personalidad y el esfuerzo del/a facilitador/a al dirigir la clase.

El cuidado de las personas mayores es un reto. A menudo presentan múltiples comorbilidades, fragilidad y complejas necesidades de atención social. Es imprescindible que los/as especialistas en geriatría tengan la oportunidad de practicar durante su formación las habilidades necesarias para adoptar un enfoque holístico multidisciplinar en la atención a los/as pacientes de edad avanzada, y hay pruebas de que la formación con simulación puede mejorar la calidad de la atención prestada a las personas mayores (Ross AJ et al, 2013). En los últimos años, ha habido estudios que han confirmado los beneficios de introducir la simulación sanitaria en la enseñanza de la enfermería geriátrica. Los/as estudiantes integran los conocimientos teóricos geriátricos con las habilidades clínicas y sanitarias como resultado de la

simulación. La simulación de escenarios geriátricos y la práctica del traspaso clínico de pacientes son instrumentos valiosos antes de iniciar la formación clínica y sanitaria con pacientes geriátricos, incluso para los/as estudiantes noveles.

El proyecto GNurseSIM en enfermería geriátrica pone de relieve la importancia de que los/as alumnos/as desarrollen habilidades en la gestión de escenarios sanitarios complejos que implican una variedad de cuestiones clínicas, interculturales y éticas. También se espera que los materiales interactivos preparados desarrollen habilidades de enfermería trabajando estrechamente con el equipo intercultural multidisciplinar de pacientes, familias, médicos/as, terapeutas, farmacéuticos/as, dietistas y otros/as profesionales sanitarios y sociales. La simulación permite impartir formación sanitaria en entornos realistas sin comprometer la seguridad del/a paciente. Permite que los/as alumnos/as se sumerjan en situaciones realistas en las que el resultado depende de su capacidad para gestionar el problema y mostrar habilidades no técnicas eficaces. La formación con simulación permite el aprendizaje situacional sin comprometer la seguridad del/a paciente y se centra en la capacidad de los/as alumnos/as para mostrar habilidades no técnicas eficaces, cruciales en el entorno multidisciplinar, así como su capacidad para gestionar problemas clínicos (Fisher JM & Walker RW, 2014). Los/as estudiantes integran los conocimientos teóricos geriátricos con las habilidades clínicas como resultado de la simulación (Demirtas, A, y Tulay B, 2021; Eymard, A.S et all, 2010).

## 5 Parte 5. Cuestiones interculturales en enfermería geriátrica

En los contextos sanitarios las interacciones entre personas de distintas culturas son cada vez más habituales. Este aumento del contacto intercultural puede atribuirse a dos fuentes principales. En primer lugar, el aumento de las migraciones y los desplazamientos de personas en general, en todo el mundo, está dando lugar a poblaciones de pacientes más diversas y multiculturales (Stilwell et al., 2004). En segundo lugar, y relacionado con lo anterior, el aumento de la movilidad de los profesionales médicos, a veces promovido por la contratación de trabajadores/as extranjeros/as, está dando lugar a plantillas más diversas y multiculturales en clínicas y hospitales (Jinks et al., 2000). A medida que aumenta la diversidad cultural y lingüística en los contextos sanitarios (Schouten y Meeuwesen, 2006), también lo hace la frecuencia de las interacciones interculturales. Todos estos factores contribuyen a la creciente necesidad de que los/as profesionales sanitarios posean sólidas competencias de comunicación intercultural, idealmente en más de un idioma.

Para hacer frente a estos riesgos, es importante que el personal sanitario reciba formación en competencia intercultural (FCC). La FCC se define como "la capacidad de prestar una atención de calidad a pacientes de distintos entornos socioculturales" (Bardet et al., 2012). Por lo general, la enseñanza y el aprendizaje de la FCC aborda tres ámbitos: conocimientos, habilidades y actitudes. Sin embargo, los/as profesionales sanitarios no siempre reciben una educación y formación adecuadas en estas áreas (Bardet et al., 2012; Park et al., 2009).

Las personas viven más tiempo y los/as adultos/as mayores cultural y lingüísticamente diversos representan una proporción cada vez mayor de los cambios demográficos (Organización Mundial de la Salud, 2018). Cada vez hay más pruebas que ponen de relieve los retos que plantea el cuidado de las personas mayores y sus familias (Koskinen et al., 2015; Soklaridis et al., 2016) y de los/as pacientes con diversidad cultural y lingüística (Kouvner et al., 2018; Markey et al., 2020). Aunque la importancia de estas filosofías de atención está claramente identificada, los/as estudiantes y los/as

enfermeros/as siguen experimentando dificultades para atender a los/as adultos/as mayores y sus familias de orígenes distintos (Soklaridis et al., 2016; Gillham et al., 2018; Wang et al., 2018; Hanssen, 2012).

La atención sólo puede ser completa si se tienen en cuenta todos los aspectos de la persona y el contexto. El trasfondo cultural influye en las experiencias de los cuidados y en cómo reaccionan las personas con demencia. Es necesario comprender a las personas con demencia para poder ayudarlas a continuar lo que para cada persona es su vida normal y culturalmente apropiada, en la medida de lo posible y durante el mayor tiempo posible, incluso cuando viven en una institución geriátrica. Hoy en día es posible apoyarse en herramientas de evaluación cultural como The Transcultural Nursing Assessment Guide (Anderson et al., 2010).

Aparte de centrarse en las cuestiones interculturales relacionadas con la enfermería geriátrica, también es importante centrarse en los/as usuarios/as del curso y en sus necesidades relacionadas con la cultura. McLoughlin y Oliver (2000:62) afirman que "el diseño de la formación no puede existir, y no existe, sin tener en cuenta la cultura", por lo que incide en las nociones de identidad cultural y no puede ser culturalmente neutro. Anderson et al. (2010) sugieren áreas que deben tenerse en cuenta al planificar y poner en práctica la atención: variaciones bioculturales y aspectos culturales de la incidencia de enfermedades, comunicación, afiliación cultural, sanciones y restricciones culturales, consideraciones de desarrollo, economía, antecedentes educativos, creencias y prácticas relacionadas con la salud, parentesco y red social, nutrición, afiliación religiosa, orientación de valores.

## **Conclusión**

La dinámica evolución de la situación epidemiológica y el desarrollo de las tecnologías modernas fomentan la combinación de diversas formas y técnicas de aprendizaje, incluidos/as los/as estudiantes de enfermería. En todos los países que participan en el proyecto, se reconoce el problema del cambio demográfico y una proporción cada vez mayor de personas mayores, y la educación de los/as estudiantes de enfermería implica el uso de la simulación sanitaria en el proceso educativo. El análisis de todos



los aspectos contemplados en el proyecto de entorno mixto / a distancia, socio-constructivista, sensible a la cultura, intercultural y de simulación sanitaria muestra que su combinación en un solo modelo mejorará la alta calidad de la atención a pacientes mayores. A ello contribuirá el desarrollo de materiales de formación para docentes y estudiantes de enfermería.

## 6 Conclusion

La dinámica evolución de la situación epidemiológica y el desarrollo de las tecnologías modernas fomentan la combinación de diversas formas y técnicas de aprendizaje, incluidos/as los/as estudiantes de enfermería. En todos los países que participan en el proyecto, se reconoce el problema del cambio demográfico y una proporción cada vez mayor de personas mayores, y la educación de los/as estudiantes de enfermería implica el uso de la simulación sanitaria en el proceso educativo. El análisis de todos los aspectos contemplados en el proyecto de entorno mixto / a distancia, socio-constructivista, sensible a la cultura, intercultural y de simulación sanitaria muestra que su combinación en un solo modelo mejorará la alta calidad de la atención a pacientes mayores. A ello contribuirá el desarrollo de materiales de formación para docentes y estudiantes de enfermería.

## 7 Bibliography

1. Pluta-Olearczyk. (2004). Rozwój nowych form edukacji na poziomie wyższym - wyzwania i szanse dla polskich uczelni [Development of new forms of education at the higher level - challenges and chances for Polish universities]. Poznań.
2. Axley, L. (2008). Integration of Technology into Nursing Curricula: Supporting Faculty via the Technology Fellowship Program. *The Online Journal of Issues in Nursing*.
3. Stanisławska, A. (2003). Różnice i podobieństwa, zalety i słabości nauczania przez Internet versus nauczanie tradycyjne [Differences and similarities, advantages and weaknesses of Internet teaching versus traditional education]. *E-learning w szkolnictwie wyższym [E-learning in tertiary education]*. Bydgoszcz.
4. Śmigielska, A. (2002). Technologie informacyjne i komunikacyjne w pracy nauczyciela [Information and communication technologies in teacher's work]. Warszawa.
5. Fuhrman S. Uniting producers and consumers: Challenges in creating and utilizing educational research and development. In *Education research and reform: An international perspective*. Edited by Tomlinson TM, Tuijnman AC. Washington, D.C: U.S. Department of Education; 1994:133–147.
6. Todaro-Franceschi V. Critical care nurses' perceptions of preparedness and ability to care for the dying and their professional quality of life. *Dimens Crit Care Nurs*. 2013 Jul-Aug;32(4):184-90. doi: 10.1097/DCC.0b013e31829980af. PMID: 23759913.
7. Standards of Best Practice: Simulation. *Clinical Simulation in Nursing* 2016; 12: S5-S12 <https://www.inacsl.org/inacsl-standards-of-best-practice-simulation/>
8. World Population Ageing 2019, Highlights, United Nations New York, 2019
9. Ross AJ, Anderson JE, Kodate N, Thomas L, Thompson K, Thomas B, Key S, Jensen H, Schiff R, Jaye P. Simulation training for improving the quality of care for older people: an independent evaluation of an innovative programme for inter-professional education. *BMJ Qual Saf* 2013; 22 : 495 – 505
10. Fisher JM, Walker RW. A new age approach to an age old problem: using simulation to teach geriatric medicine to medical students. *Age Ageing* 2014; 43: 424–8
11. Demirtas, A, Tulay B Daily life activities simulation: Improving nursing students' attitudes toward older patients. *Jpn J Nurs Sci*. 2021;18:e12375.
12. Eymard, A.S., Crawford, B.D. & Keller, T.M. "Take a Walk in My Shoes": Nursing Students Take a Walk in Older Adults' Shoes to Increase Knowledge and Empathy, *Geriatric Nursing*, 31(2):137-141.

13. Stilwell, B., Diallo, K., Zurn, P., Vujicic, M., Adams, O., Dal Poz, M., 2004. Migration of healthcare workers from developing countries: strategic approaches to its management. *Bull. World Health Organ.* 82, 595–600. <http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862004000800009>.
14. Jinks, C., Ong, B.N., Paton, C., 2000. Mobile medics? The mobility of doctors in the M.J. Johnstone, A. Hutchinson, H. Rawson, B. Redley Nursing strategies for engaging families of older immigrants hospitalised for end-of-life care: an Australian study *Journal of Patient Experiences*,3(3) (2016), 57-63
15. Schouten, B.C., Meeuwesen, L., 2006. Cultural differences in medical communication: a review of the literature. *Patient Educ. Couns.* 64 (1–3), 21–34. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2005.11.014>.
16. Bardet, A., Green, A.R., Paroz, S., Singy, P., Vaucher, P., Bodenmann, P., 2012. Medical residents' feedback on needs and acquired skills following a short course on crosscultural competence. *Int. J. Med. Educ.* 3, 107–114. <http://dx.doi.org/10.5116/ijme.4fdd.eb2c>.
17. World Health Organization Health of older refugees and migrants: technical guidance Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; (Technical Guidance on Refugee and Migrant Health) (2018) Available at [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0003/386562/elderly-eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/386562/elderly-eng.pdf?ua=1)
18. Koskinen S, Salminen L, Stolt M, Leino-Kilpi M. The education received by nursing students regarding nursing older people: a scoping literature review *Scand. J. Caring Sci.*, 29(2015), 15-29
19. Soklaridis S, Ravitz P, Nevo GA, Lieff S. 2016. Relationship-centred care in health: a 20-year scoping review. *Patient Experience Journal*, 3(1)(2016), 130-145
20. Park, E.R., Chun, M.B., Betancourt, J.R., Green, A.R., Weissman, J.S., 2009. Measuring residents' perceived preparedness and skillfulness to deliver cross-cultural care. *J. Gen. Intern. Med.* 24 (9), 1053–1056. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-009-1046-1>.
21. Kouvner C, Djukic M, Jun J, Fletcher J, Fatehi JJ, Brewer CS. Diversity and education of the nursing workforce 2006-2016 *Nurs. Outlook*, 66 (2018), 160-167,10.1016/j.outlook.2017.09.002
22. Markey K, Tilki M, Taylor G. Practicalities in doctorate research of using grounded theory methodology in understanding nurses' behaviours when caring for culturally diverse patients *Nurse Educ. Pract.*, 44 (2020),10.1016/j.nepr.2020.102751

23. Gillham D, De Bellis X, Xiao AL, Willis E, Harrington A, Morey, Jeffers L. Using research to inform staff learning needs in cross cultural communication in aged care homes. *Nurse Education in Practice*, 63(2018), 18-23
24. Wang SE, Liu IA, Lee JS, Khang P, Rosen R, Reinke LF, Mularski RA, Nguyen HQ. End-of-Life Care in Patients Exposed to Home-Based Palliative Care vs Hospice Only. *J Am Geriatr Soc*. 2019 Jun;67(6):1226-1233. doi: 10.1111/jgs.15844. Epub 2019 Mar 4. PMID: 30830695.
25. Hanssen I. The influence of cultural background in intercultural dementia care: exemplified by Sami patients. *Scand J Caring Sci*; 2012 doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01021.x
26. Anderson, N. L., Boyle, J. S., Davidhizar, R. E., Giger, J. N.,

## 8 Apéndices

### 8.1 Apéndice 1 Plantilla de escenario de simulación de alta fidelidad

|  |                            |  |                      |  |
|--|----------------------------|--|----------------------|--|
| <b>Ámbito de estudio</b>                     |                            |  |                      |  |
| <b>Tema</b>                                  |                            |  |                      |  |
| <b>Referencias, material para las clases</b> |                            |  |                      |  |
| <b>Requisitos previos</b>                    |                            | El alumno tiene conocimientos de ..... |                      |  |
|  |                            | El alumno posee las competencias ..... |                      |  |
| <b>NÚMERO DE ESCENARIO:</b>                  |                            |  |                      |  |
| <b>TÍTULO DEL ESCENARIO:</b>                 |                            |  |                      |  |
| <b>HORARIO PREVISTO DE LAS CLASES</b>        | 45 min                     |  |                      |  |
| <b>DURACIÓN DEL ESCENARIO</b>                | <b>PREBRIEFING</b>         | <b>SIMULACIÓN</b>                      | <b>DEBRIEFING</b>    |  |
|  | <i>por ejemplo, 10 min</i> | <i>p. ej. 15 min</i>                   | <i>p. ej. 20 min</i> |  |
| <b>SALA DE SIMULACIÓN</b>                    | <i>por ejemplo, G200</i>   |  |                      |  |
| <b>INTRODUCCIÓN:</b>                         |                            |  |                      |  |

Por ejemplo, el escenario es una simulación de una situación en la que.....

El escenario se preparó a partir del contenido de la bibliografía .....

**Objetivos de la simulación:**

Habilidades duras:

- .....
- .....
- .....

Habilidades interpersonales:

- .....
- .....

**Resultados esperados del aprendizaje: Conocimientos:.....**

**Competencias:.....**

**Competencias sociales e interculturales:.....**

**INFORMACIÓN TÉCNICA Y ORGANIZATIVA**

**Tipo de equipo de formación /**

**Modelo/ figurantes / simulador**

**Parámetros del simulador**

(entrada,

intervención, salida)

**Equipos reutilizables**

**Material desechable**

**Accesorios opcionales**

**Documentación necesaria**

Descripción del escenario (información para el alumnado) -

p. ej. Paciente, Anna Brožek, 55 años, operada de urgencia por obstrucción gastrointestinal. Diagnóstico postoperatorio: extirpación del tumor sigmoideo mediante el método Hartman.

En el periodo preoperatorio, la paciente acudió a Urgencias debido a vómitos profusos durante 3 días, contenido intestinal verdoso, aumento del dolor abdominal y retención de heces durante 4 días. En la sala, la paciente se preparó para una intervención quirúrgica de urgencia. Tras la intervención, fue llevada a la sala de recuperación del departamento de cirugía.

El escenario tiene lugar en la sala de recuperación del departamento de cirugía.

**Estado clínico actual:** ..... (el profesor determina el estado del paciente)

**Entrevista:** ..... (descripción de lo que el alumno debe aprender del paciente)

### **PREBRIEFING**

*Presenta:*

- tema del escenario
- el procedimiento que se practicará en el escenario
- requisitos previos (lo que el/la estudiante debe saber)
- resultados de aprendizaje que deben alcanzarse
- familiarizarse con el entorno de simulación (dónde tiene lugar el escenario, qué entrenadores, fantasmas se utilizarán, cómo utilizar el equipo)
- cuál será el reparto de tareas
- tiempo de ejecución del escenario,
- etc.....

**PUESTA EN PRÁCTICA DEL ESCENARIO (información para el profesor)**



1. *Descripción del desarrollo del escenario / estructura de las actividades realizadas: Describa detalladamente cómo deben proceder el/la alumno/a o los/as alumnos/as;*

.....

*Identificar las actividades críticas .....*

*Información adicional .....*

*Debe describirse el comportamiento deseable, la comunicación y la información adicional.*

**Descripción de la preparación del simulador:**

- Apariencia .....
- Parámetros iniciales del simulador (si procede) .....
- Parámetros del simulador que cambian durante el transcurso del escenario de acuerdo con el algoritmo previsto del procedimiento o la estructura de las actividades .....

**DEBRIEFING - plan**

**Fase de emoción:**

- Recordar los objetivos (alumno/a que realiza el ejercicio)
- Pregunte sobre la sensación durante el ejercicio

**Fase de hechos**

- Lo que pasó - describir lo que pasó paso a paso (alumno/a)
- Lo que ha ido bien

**Fase de análisis**

- Por qué se tomaron determinadas decisiones
- Cómo debe hacerse (los/as alumnos/as generan las ideas, el/la tutor/a conduce a las conclusiones correctas)
- Qué hacer para mejorarlo
- Preguntas de los/as estudiantes

• Qué recuerdas del ejercicio (cada alumno/a dice 1 cosa - preferiblemente todos deben decir algo diferente)

**Lo que debería ocurrir (seleccione aquí 3-4 puntos que deberían debatirse siempre con los/as alumnos/as, independientemente de que hayan ocurrido o no)**

**Señale paso a paso cómo debe ser el comportamiento de los/as alumnos/as: ejemplar.**

Motivar a los/as alumnos/as para que piensen de forma reflexiva y, al mismo tiempo, enganar sobre los puntos fuertes y los caminos correctos.

**Fase de síntesis:** .....

*(Demostrar y resumir la importancia de las habilidades practicadas y los conocimientos consolidados en la práctica enfermera para mejorar la calidad de los cuidados, la seguridad del paciente)*

## 8.2 Anexo 2

|   | Tema del escenario  | Configuración          | Cuestiones culturales   | Competencias  | Área  |
|---|---|------------------------|---|---|---|
| 1 | Evaluar el nivel de hidratación de un paciente en atención domiciliaria   | Atención domiciliaria  | Cultura religiosa<br>Cultura regional<br>Situación económica  | Puedo reconocer la deshidratación   | Atención nutricional/deshidratación y evaluación de riesgos |
| 2 | Orientar en materia de nutrición e hidratación  | Atención domiciliaria  | Cultura religiosa<br>Cultura regional<br>Situación económica  | Puedo aplicar orientaciones nutricionales individualizadas en relación con la hidratación   |   |
| 3 | Evaluar el nivel de nutrición de un paciente en atención domiciliaria   | Atención domiciliaria  | Cultura religiosa<br>Cultura regional<br>Situación económica  | Puedo reconocer la desnutrición   |   |
| 4 | Organizar un entorno centrado en el paciente para cuidados terminales   | Residencia de ancianos | Cultura religiosa<br>Cultura regional   | Puedo organizar un entorno centrado en el paciente para cuidados terminales   | Cuidados al final de la vida                                |
| 5 | Evaluar los signos de una muerte próxima y aplicar unos cuidados al final de la vida centrados en el paciente y culturalmente apropiados. | Residencia de ancianos | Cultura religiosa<br>Cultura regional   | Puedo evaluar los signos de una muerte próxima<br>Puedo aplicar unos cuidados al final de la vida individualizados y culturalmente apropiados |   |
| 6 | Comunicarse con la persona mayor para establecer una relación de confianza  | Atención domiciliaria  | Cultura religiosa<br>Cultura regional<br>Sexualidad<br>Identidad de género                          | Puedo comunicarme con la persona mayor para establecer una relación de confianza  | Protección Seguridad  |
| 7 | Reconocer los factores que conducen a indicios de malos tratos  | Atención domiciliaria  | Alimentación<br>Cultura religiosa<br>Cultura regional<br>Situación económica<br>Identidad de género | Puedo reconocer los factores que conducen a indicios de malos tratos  |   |
| 8 | Apoyar emocionalmente a la persona mayor  | Atención domiciliaria  | Alimentación<br>Cultura religiosa<br>Cultura regional<br>Situación económica<br>Identidad de género | Puedo apoyar emocionalmente a la persona mayor  |   |

|    |   |                                     |   |   |   |
|----|---|-------------------------------------|---|---|---|
| 9  | Informar y discutir situaciones relativas a la persona mayor dentro de un equipo multidisciplinar.                      | Hospital                            | Cultura regional<br>Identidad de género<br>Estereotipos y prejuicios                                      | Puedo informar y discutir situaciones relativas a la persona mayor dentro de un equipo multidisciplinar                                       | Comunicación interprofesional   |
| 10 | Educar a la persona mayor sobre la importancia del autocuidado  | Hospital,<br>Asistencia a domicilio | Alimentación<br>Cultura religiosa<br>Cultura regional<br>Situación económica<br>Estereotipos y prejuicios | Puedo educar a la persona mayor sobre la importancia del autocuidado  | Apoyar el acceso de las personas mayores a servicios y recursos para mejorar su autocuidado |
| 11 | Evaluación de los efectos de los medicamentos en la persona mayor   | Hospital,<br>Asistencia a domicilio | Cultura religiosa<br>Cultura regional<br>Situación económica  | Puedo evaluar los efectos de los medicamentos con la persona mayor  | Administración de la medicación a la persona mayor  |
| 12 | Identificar los efectos secundarios de los medicamentos en la persona mayor   | Hospital                            | Cultura religiosa<br>Cultura regional<br>Situación económica  | Puedo identificar los efectos secundarios de los medicamentos en la persona mayor   |   |
| 13 | Tener en cuenta los efectos del envejecimiento en la administración de la medicación                                    | Hospital                            | Cultura religiosa<br>Cultura regional<br>Situación económica  | Puedo tener en cuenta los efectos del envejecimiento en la administración de la medicación  |   |
| 14 | Identificar los síntomas de la depresión con la persona mayor<br>Reconocer los síntomas de ansiedad de la persona mayor | Clínica                             | Cultura religiosa<br>Cultura regional<br>Situación económica<br>Estereotipos y prejuicios                 | Puedo identificar los síntomas de la depresión en la persona mayor<br>Puedo reconocer los síntomas de ansiedad de la persona mayor            | Apoyar el bienestar mental de la persona mayor  |
| 15 | Apoyar el bienestar mental de la persona mayor  | Clínica                             | Cultura religiosa<br>Cultura regional<br>Situación económica<br>Estereotipos y prejuicios                 | Puedo apoyar el bienestar mental de la persona mayor  |   |
| 16 | Tener en cuenta las expectativas de los seres queridos sobre el cuidado de una persona mayor                            | Clínica                             | Cultura religiosa<br>Cultura regional<br>Situación económica<br>Estereotipos y prejuicios                 | Puedo tener en cuenta las expectativas de los seres queridos sobre el cuidado de una persona mayor<br>Puedo guiar a la persona mayor a través | Responder a situaciones difíciles   |

|    |  |                     |   |  |   |
|----|--|---------------------|---|--|---|
|    |  |                     |   | de varios métodos de orientación   |   |
| 17 | Trabajar profesionalmente en situaciones difíciles con la persona mayor y/o sus seres queridos.  | Clínica             | Cultura religiosa<br>Cultura regional<br>Situación económica<br>Estereotipos y prejuicios<br>Alimentación | Puedo trabajar profesionalmente en situaciones difíciles con la persona mayor y/o sus seres queridos<br>Puedo guiar a la persona mayor a través de varios métodos de orientación |   |
| 18 | Apoyar el significado y la relevancia de la vida de una persona mayor  | Clínica             | Cultura religiosa<br>Cultura regional<br>Situación económica<br>Estereotipos y prejuicios                 | Sé cómo apoyar el sentido y la relevancia de la vida de una persona mayor  | Apoyar el funcionamiento de la persona mayor                    |
| 19 | Identificar la confusión de la persona mayor por diversos motivos (por ejemplo, tras una intervención quirúrgica, debido a una infección). | Clínica             | Situación económica<br>Estereotipos y prejuicios  | Puedo identificar la confusión de la persona mayor por diversos motivos (por ejemplo, tras una intervención quirúrgica, debido a una infección)                                  |   |
| 20 | Realización de cuidados de rehabilitación de enfermería  | Clínica             | Situación económica<br>Estereotipos y prejuicios  | Puedo llevar a cabo cuidados de rehabilitación de enfermería   |   |
| 21 | Asesorar a la persona mayor sobre los factores que afectan a un entorno doméstico seguro.  | Clínica             | Cultura religiosa<br>Cultura regional<br>Situación económica  | Puedo asesorar a la persona mayor sobre los factores que afectan a un entorno doméstico seguro<br>Puedo proporcionar un entorno seguro para que la persona mayor se mueva        | Implantación de un entorno de vida seguro para la persona mayor |
| 22 | Guiar a la persona mayor en la elección de un calzado seguro   | Atención domiciliar | Cultura religiosa<br>Situación económica  | Puedo guiar a la persona mayor en la elección de un calzado seguro   |   |
| 23 | Evaluar la necesidad de ayudas para la persona mayor   | Atención domiciliar | Cultura religiosa<br>Cultura regional   | Puedo evaluar la necesidad de  |   |

|    |  |                                | Situación económica   | ayudas para la persona mayor   |  |
|----|--|--------------------------------|---|--|--|
| 24 | Comunicarse con una persona mayor de forma apreciativa   | Atención domiciliaria          | Cultura religiosa<br>Cultura regional<br>Situación económica<br>Estereotipos y prejuicios<br>Alimentación | Puedo comunicarme con una persona mayor con aprecio Puedo tener en cuenta la historia vital de la persona mayor en mis actividades                         | Encuentro apreciativo e interacción con la persona mayor |
| 25 | Tener en cuenta la expresión de la propia voluntad de la persona mayor en relación con el tratamiento y las elecciones cotidianas. | Atención domiciliaria          | Cultura religiosa<br>Cultura regional<br>Situación económica<br>Estereotipos y prejuicios<br>Alimentación | Puedo tener en cuenta la expresión de la propia voluntad de la persona mayor en relación con el tratamiento y las elecciones cotidianas                    |  |
| 26 | Tener en cuenta la historia vital de la persona mayor en mis actividades   | Atención domiciliaria          | Cultura religiosa<br>Cultura regional<br>Situación económica<br>Estereotipos y prejuicios                 | Puedo reservar tiempo suficiente para la orientación de la persona mayor<br>Puedo tener en cuenta la historia vital de la persona mayor en mis actividades |  |
| 27 | Identificar los cambios en la capacidad funcional relacionados con el envejecimiento   | Clínica                        | Estereotipos y prejuicios<br>Situación económica  | Puedo identificar los cambios en la capacidad funcional relacionados con el envejecimiento   | Apoyar el funcionamiento de la persona mayor             |
| 28 | Apoyo a la persona mayor con funciones sensoriales disminuidas   | Clínica, atención domiciliaria | Cultura religiosa<br>Cultura regional<br>Situación económica<br>Estereotipos y prejuicios                 | Puedo apoyar a la persona mayor con funciones sensoriales disminuidas  |  |
| 29 | Identificar las reacciones de la persona mayor ante situaciones cambiantes (por ejemplo, el envejecimiento y los cambios vitales). | Clínica, atención domiciliaria | Cultura religiosa<br>Cultura regional<br>Situación económica<br>Estereotipos y prejuicios                 | Puedo identificar las reacciones de la persona mayor ante situaciones cambiantes (por ejemplo, el envejecimiento y los cambios vitales)                    |  |
| 30 | Reconocer los síntomas de los trastornos de la memoria   | Clínica                        | Situación económica<br>Estereotipos y prejuicios -Distancia<br>Alimentación                               | Puedo reconocer los síntomas de los trastornos de la memoria   |  |



GNurseSIM

### **About the GNurseSIM Project and this publication**

Globally, the number of people over the age of 60 is expected to more than double by 2050. Diseases associated with ageing are identified by the World Health Organization as being a major global health challenge that future healthcare providers must be prepared to meet. Simulation is a safe way to train healthcare providers to provide effective care for older people and their families. GNurseSIM supports higher education institutions to provide students in geriatric nursing with opportunities during their training, to practice skills of adopting a multidisciplinary holistic approach to the care of older patients.



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union