

José Antonio García-García^{1,*}
 Mónica Costumero-García²
 Consuelo Fernández-Marcuello³
 Julia Fernández-Morata⁴
 Inmaculada Sanz-Arrabal⁴
 Luis Arantón-Areosa^{5,6}

1. Magister. Enfermero Consultor y Gestor en Cuidados de Enfermería. Responsable de la Consultoría de Heridas Complejas de la Xarxa Sanitària, Social i Docent de Santa Tecla. Tarragona, España.
2. Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monterrozas. Rozas de Madrid, Madrid, España.
3. Enfermera. Responsable de la Unidad de Heridas del Área Sanitaria de Ourense, Verín y El Barco de Valdeorras. Ourense, España.
4. Especialista clínica. Departamento Médico de Urgo Medical. Barcelona, España.
5. Doctor en Enfermería. Centro de Salud de Narón. Narón, A Coruña, España.
6. Profesor Asociado. Facultad de Enfermería y Podología de Ferrol. Universidad de A Coruña. Ferrol, A Coruña, España.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jagarciagarcia69@gmail.com (José Antonio García-García).

Recibido el 3 de mayo de 2023; aceptado el 22 de mayo de 2023.

Modelo de aprendizaje basado en problemas (ABP-2x3): decisiones con evidencia en cuidados de heridas complejas

Problem-based learning (PBL-2x3) model: evidence-based decision making in complex wound care

RESUMEN

Introducción: El modelo ABP-2x3 integra técnicas de aprendizaje basado en problemas, uso de pensamiento crítico y práctica basada en evidencias, determinando un modelo de práctica óptimo para la toma de decisiones. **Objetivos:** *a)* Establecer un modelo de entrenamiento-aprendizaje que permita orientar a las enfermeras hacia el análisis causal y clínico de cada problema o situación (pensamiento crítico), para facilitar la toma de decisiones basadas en la evidencia en el abordaje de heridas complejas; *b)* sentar las bases de actuación para que las enfermeras puedan trasladar esa sistemática metodológica a cualquier otra situación clínica en su ejercicio profesional, y *c)* determinar el nivel de satisfacción de los alumnos al utilizar este nuevo modelo formativo. **Metodología:** El desarrollo, implementación y evaluación del ABP-2x3 necesitó 4 fases: desarrollo de la situación clínica con preguntas clínicas para la toma de decisiones, organización metodológica, implementación (2 momentos/3 niveles) y evaluación (estudio de satisfacción cuantitativo-cualitativo). **Resultados:** Se impartió formación ABP-2x3 (virtual y presencial) a 1.112 enfermeras de toda España, obteniendo *cuantitativamente* Net Promoter Score de 80,25 (modalidad virtual) y 88,48 (presencial), y *cualitativamente* emergieron categorías relacionadas con metodología, pensamiento crítico, práctica basada en evidencias y conocimientos específicos. **Conclusiones:** El ABP-2x3, aplicado al cuidado de personas con heridas complejas, orienta la toma de decisiones basadas en evidencia, con alto grado de satisfacción de las enfermeras. Promueve el pensamiento crítico, la toma de decisiones basadas en evidencia y el desarrollo de competencias transversales, posibilitando que los participantes sean protagonistas de su propio aprendizaje. En definitiva, “aprendiendo a aprender”.

PALABRAS CLAVE: Cuidados de enfermería, aprendizaje basado en problemas, pensamiento crítico, práctica basada en la evidencia, heridas y traumatismos, metodología.

ABSTRACT

Introduction: The ABP-2x3 model integrates problem-based learning techniques, use of critical thinking and evidence-based practice, resulting in an optimal Practice Decision-Making model. **Objectives:** *a)* establish a training-learning model to guide nurses towards causal and clinical case analysis of each problem or situation (critical thinking) to facilitate evidence-based decision making in the management of complex wounds; *b)* lay the foundations for nurses to be able to transfer this systematic methodology to any other clinical situation in their professional practice; and *c)* determine the level of satisfaction of the students when using this new training model. **Methodology:** The development, implementation and evaluation of the ABP-2x3 required 4 phases: development of the clinical situation with clinical decision-making questions, methodological organization, implementation (2 moments/3 levels) and evaluation (quantitative-qualitative satisfaction survey). **Results:** ABP-2x3 training (virtual and face-to-face) was provided to 1,112 nurses from all over Spain, with the following outcomes, *quantitatively* Net Promoter Score of 80.25 (virtual modality) and 88.48 (face-to-face), and *qualitatively* categories emerged related to methodology, critical thinking, evidence-based practice and specific knowledge. **Conclusions:** The ABP-2x3 applied to the care of people with complex wounds, guides evidence-based decision making, with a high degree of satisfaction among nurses. It promotes critical thinking, evidence-based decision making and the development of transversal competencies, enabling participants to be the protagonists of their own learning. In essence, “learning how to learn”.

KEYWORDS: Nursing care, problem-based learning, thinking, evidence-based practice, wounds and injuries, methodology.

INTRODUCCIÓN

La disociación entre evidencia científica y práctica clínica es recurrente en la disciplina enfermera¹, especialmente en la atención a personas con lesiones cutáneas, de clase y etiología diversa, con dificultad para cicatrizar (heridas complejas de difícil cicatrización)^{2,3}. Ello constituye un problema complejo, ya que evidencia y práctica están sujetas a diferente interpretación. Evidencia hace referencia al mundo académico y al conocimiento recogido de forma explícita, pero la práctica suele referirse a cuestiones técnicas del cuidado y al conocimiento tácito construido a través de la experiencia; sin embargo, este binomio (evidencia-práctica) se considera componente interactivo e insoluble¹.

El pensamiento crítico (PC), que argumenta el uso del método científico (enfoque científico), aboga por la necesidad de aplicar la experiencia de la enfermera como guía en la práctica regida por los valores éticos (enfoque pragmático), cuestionando las actividades heredadas del hábito y tradición, a través de una actitud crítica y reflexiva (enfoque del sentido común)⁴. Independientemente del enfoque, la relación entre evidencia y práctica forma parte del PC. La conjunción de estos 3 elementos, unidos a técnicas de aprendizaje activo, inductivo y cooperativo, como es el aprendizaje basado en problemas (ABP), determina un modelo de práctica óptimo para el desarrollo de la disciplina enfermera⁵, aplicable en la dimensión del cuidado de las personas con heridas de difícil cicatrización. En su abordaje, existe una elevada variabilidad, ya que las recomendaciones basadas en evidencia que recogen las guías de práctica clínica no siempre trascienden a la toma de decisiones en la asistencia clínica³.

Definir el PC es complejo. En enfermería se asume que “se refiere al pensamiento deliberado informado, orientado a los resultados de cualquier situación, y se usa con frecuencia como sinónimo de razonamiento clínico, juicio clínico (JC), proceso enfermero, solución de problemas y toma de decisiones”⁶; pero va más allá de simplemente resolver problemas, implica una mejora continua, determinada por actitudes y aptitudes de la enfermera (reflexión, intuición, confianza, creatividad, flexibilidad, curiosidad, mentalidad abierta, comunicación, etc.), todas importantes para la toma de decisiones⁷.

Este proceso de PC tiene como resultado el JC y el razonamiento clínico necesarios para la toma de decisiones⁶. El JC es un proceso cognitivo y de raciocinio, realizado en ambiente clínico, en el que la enfermera elabora un juicio diagnóstico a partir de la evaluación de la situación e interpretación de los datos obtenidos, para poder establecer el juicio terapéutico necesario para la planificación, ejecución y evaluación de los cuidados a aplicar, derivados de la última evidencia disponible⁸. Actualmente, se sabe que el desarrollo del JC de la enfermera está influenciado por el ambiente de aprendizaje y por las características individuales y profesionales⁹.

La enfermería basada en evidencias (EBE) o, mejor denominada, práctica basada en evidencias (PBE), es una estrategia clave en el desarrollo de la gestión de los cuidados, sustentada en la ciencia del cuidar y determinada por una investigación sólida (no por tradición, preferencias, hábitos o costumbres). Se define PBE como el “proceso por el cual las enfermeras toman decisiones clínicas usando las mejores pruebas disponibles sustentadas en la investigación, su experiencia clínica y las preferencias de la persona, en el contexto de los recursos disponibles”¹⁰.

El proceso de la PBE consta de 5 etapas integradas dentro del proceso dinámico de interacción del binomio enfermera-persona, y considera el método científico como la mejor herramienta para generar y aumentar el cuerpo de conocimientos de la disciplina enfermera⁹: a) formulación de la pregunta de investigación¹¹; b) búsqueda bibliográfica de la evidencia publicada respecto al tema de estudio¹⁰; c) evaluación crítica de la evidencia encontrada¹²; d) integración de la evidencia científica encontrada en la práctica clínica, siempre considerando la opinión de la persona¹³; y e)

evaluación de las consecuencias de la aplicación de los cuidados seleccionados, para medir la repercusión de los cambios introducidos en la práctica⁶.

La PBE implica incentivar la investigación en enfermería para estimular la resolución de problemas asociados al cuidado enfermero, de manera que sea capaz de prestar el mejor cuidado a la persona desde la excelencia¹⁴.

Aprender implica mucho más que integrar conceptos, es poder aplicar el conocimiento y ser resolutivo. El ABP es una estrategia didáctica (enseñanza-aprendizaje), que consiste en plantear un problema o situación real, con el objetivo de que, con su análisis y resolución, el alumno adquiera conocimientos, habilidades y actitudes en el proceso^{15,16}. Su finalidad aquí, es formar enfermeras capaces de analizar y enfrentarse a los problemas, desde el PC y la PBE-EBE como eje vertebrador en la gestión de cuidados, es decir, valorando e integrando el saber que les conducirá a la adquisición de competencias profesionales y, por ende, a la calidad en la gestión del cuidado.

El cuidado de las personas con heridas complejas, inexorablemente, ha de centrarse en la implementación de estrategias eficientes y coste-efectivas, en la formación de los profesionales implicados, y en la homogeneización de la práctica clínica, a partir de la evidencia disponible^{3,17}. La oportunidad que ofrece el ABP en la integración de la evidencia en la práctica de la enfermera para la toma de decisiones en el cuidado de la persona con heridas de difícil cicatrización, nos ha llevado a la creación de una adaptación del modelo de Alfredo Prieto (Universidad de Alcalá)¹⁸, que se ha denominado “ABP-2x3” por la simplicidad en su desarrollo.

OBJETIVOS

- Establecer un modelo de entrenamiento-aprendizaje que permita orientar a las enfermeras hacia el análisis causal y clínico de cada problema o situación (PC), para facilitar la toma de decisiones basadas en evidencia en el abordaje de heridas complejas.
- Sentar las bases de actuación para que las enfermeras puedan trasladar esa sistemática metodológica a cualquier otra situación clínica en su ejercicio profesional.
- Determinar el nivel de satisfacción de los alumnos al utilizar este nuevo modelo formativo ABP-2x3.

METODOLOGÍA

Se desarrolló este modelo (ABP-2x3) por su simplicidad a la hora de implantar la actividad. Para su desarrollo, implementación y evaluación, se establecen 4 fases:

- *Fase 1.* Desarrollo de casos clínicos reales, aportados por los docentes, estableciendo pasos secuenciales de evaluación y toma de decisiones, y planteando, además, una serie de preguntas clínicas que busquen orientar a los alumnos en la secuencia lógica de la búsqueda de evidencias, para poder llegar a la toma de decisiones adecuada.
- *Fase 2.* Organización de la metodología de aplicación del modelo ABP-2x3 y de los grupos de trabajo (25-30 enfermeras), cuyo nexo común es el cuidado de personas con heridas complejas, previa selección del perfil, para homogeneizar el nivel de conocimientos. La singularidad de las situaciones de estudio implica la resolución de casos clínicos de personas con heridas de difícil cicatrización, por enfermeras sin experiencia en esta metodología y con limitación temporal (sesión de 2 h). Este modelo busca orientar la toma de decisiones basadas en evidencias siguiendo las premisas del Manifiesto DECIDE: formación, PC,

Tabla 1. Competencias transversales genéricas del ABP-2x3

Competencias instrumentales	Competencias intrapersonales	Competencias sistémicas
Capacidad de análisis y síntesis	Capacidad crítica y autocrítica	Razonamiento crítico
Capacidad de organización y planificación	Trabajo en equipo	Capacidad de aprender
Capacidad de gestión de la información	Habilidades interpersonales	Aprendizaje autónomo
Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica	Capacidad de trabajar en un equipo interdisciplinar	Adaptación a nuevas situaciones
Capacidad para adaptarse a nuevas evidencias	Capacidad para comunicarse con expertos de otras áreas	Capacidad para generar nuevas ideas (creatividad)
Resolución de problemas	Compromiso ético	Liderazgo
Toma de decisiones	Comunicación oral	Habilidades de investigación

cicatrización y coste-efectividad¹⁷. Se desarrolla en 3 contextos (individual, subgrupos y grupo completo) y se organiza siguiendo el proceso metodológico del acrónimo AIRE: *análisis, investigación, resolución y evaluación*^{16,18,19}. Durante el proceso del ABP-2x3, la enfermera podrá adquirir una serie de competencias transversales genéricas (tabla 1), que emanan de la aplicación de la PBE, desde la concepción del PC para dicha toma de decisiones.

Establecer normas de funcionamiento ayuda a marcar las líneas básicas en las que desarrollar el ABP-2x3. Así, cada integrante conoce de antemano qué se espera de cada rol asignado y del tutor guía (tabla 2). Paralelamente se forman los subgrupos de 4-5 enfermeras (aleatorios, pero separando a enfermeras del mismo centro), se explica el funcionamiento y se elige portavoz.

Finalmente, se realiza un recorrido metodológico proporcionando información sobre el desarrollo de la actividad e incidiendo en los puntos clave: presentación de la situación o escenario clínico de estudio, lluvia de ideas, creación del mapa conceptual, puesta en común, integración del conocimiento/evidencia disponible, toma de decisiones y conclusiones.

- **Fase 3.** La implementación de la metodología ABP-2x3 la inicia el tutor guía, que conduce la sesión (grupo completo), guiando en la metodología y las normas e instrucciones de funcionamiento. La actividad se desarrolla en 2 momentos y a 3 niveles distintos (fig. 1).

Tabla 2. Roles que asumen las enfermeras y el “tutor guía” en ABP-2x3

Rol de la enfermera	Rol del tutor
Trabajo en equipo	Prepara el escenario
Adquiere y aplica nuevos conocimientos	Orienta a la investigación
Genera aprendizaje	Da información y asesora
Identifica, disgrega y resuelve problemas	Ofrece retroalimentación
Recopila, analiza y utiliza la evidencia	Observa y analiza

- **Fase 4.** Para la evaluación de la sesión ABP-2x3 y satisfacción de los alumnos se elaboró un cuestionario anónimo y autoadministrado (elaborado *ad hoc*), accesible mediante código QR, que realizan al finalizar cada sesión.

Este estudio cuantitativo-cualitativo descriptivo se planteó para valorar la metodología de aprendizaje, y conocer las observaciones, expectativas y propuestas de mejora que identificaban los participantes. Consta de 1 pregunta de distribución geográfica y 5 sobre la valoración general del ABP-2x3: contenido de la actividad, formato, valoración del “tutor guía” y si recomendaría el ABP-2x3 a sus compañeros (con valoración entre 0-10 puntos, 10 = completamente de acuerdo y 0 = completa-

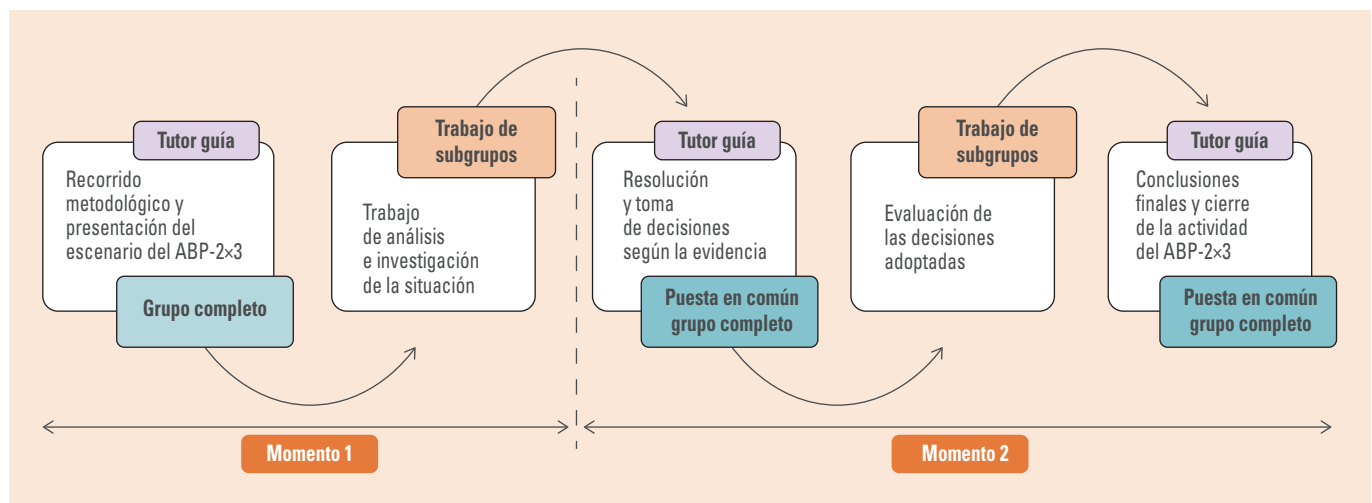


Figura 1. Secuencia de trabajo en la actividad de aprendizaje ABP-2x3.

Tabla 3. Valoración de los participantes a las sesiones de ABP-2x3

	Modalidad virtual sincrónica	Modalidad presencial 2021	Modalidad presencial 2022	Total
Sesiones de ABP-2x3 realizadas	17	20	10	47
Número de enfermeras que han participado	333	508	271	1.112
Porcentaje de respuestas al cuestionario de valoración	50,45% (n = 168)	59,25% (n = 301)	68,26% (n = 185)	58,8% (n = 654)
Respuestas	Modalidad virtual sincrónica	Modalidad presencial 2021	Modalidad presencial 2022	Total
¿Cómo valoraría en general la sesión de ABP-2x3? (valorado de 0-10 puntos)	8,83	9,07	9,28	9,06
¿Cómo valoraría en general el formato de la sesión de ABP-2x3? (valorado de 0-10 puntos)	8,82	9,29	9,34	9,15
¿Cómo valoraría en general al tutor guía de la sesión de ABP-2x3? (valorado de 0-10 puntos)	9,21	9,49	8,77	9,16
¿Recomendaría esta actividad a un compañero? (valorado de 0-10 puntos)	9,28	9,44	9,55	9,42
Índice de la experiencia de los participantes en las sesiones ABP-2x3 (NPS)	80,35	97,37	90,27	86,39
¿Estaría interesado en participar en futuras sesiones de ABP-2x3? (valorado sí)	98%	96%	99,46%	97,82%
Índice NPS	80,35	88,48		

NPS: Net Promoter Score.

mente en desacuerdo), además, una pregunta dicotómica (sí/no) con relación al interés en participar en futuras actividades ABP-2x3. Para finalizar se estableció una pregunta abierta sobre aspectos que considerasen clave en la sesión.

Para el análisis cuantitativo se realizó un descriptivo de la muestra con el programa Excel y se calculó el Net Promoter Score (NPS), como indicador para medir la experiencia de los participantes.

Para el análisis cualitativo se realizó un descriptivo de carácter fenomenológico a partir de las categorías identificadas siguiendo el método Rubin y Rubin²⁰.

RESULTADOS

Se impartió formación con ABP-2x3 a 1.112 enfermeras de toda España.

Se desarrollaron los casos clínicos y se determinó la secuencia metodológica ABP-2x3, según se define en el apartado metodológico (fases 1 y 2).

En el momento 1 de la fase 3 (implementación), el alumno parte del “yo pienso” y del “yo creo» (todas las aportaciones son válidas, desde el respeto y la escucha), pero una vez organizada y depurada la información, se pasa a la investigación en el grupo completo, compartiendo el análisis de situación planteada por los diferentes subgrupos y elaborando el mapa conceptual. Aquí, el papel del “tutor” es fundamental, debe servir de “guía” para asegurar los conocimientos mínimos necesarios que permitan resolver el caso, según la mejor evidencia disponible, favoreciendo la participación y que, a ese conocimiento, lleguen los propios alumnos.

En el momento 2 de la implementación, con el mapa conceptual establecido, los alumnos analizan la evidencia científica disponible para la

resolución del caso de estudio (tras reflexionar sobre toda la información aportada). En este momento, los participantes pasan del “yo pienso” y “yo creo”, a realizar aportaciones desde la evidencia. Una vez consensuadas las mejores decisiones (evidencia), inician su evaluación (los subgrupos acuerdan y comparten las conclusiones principales obtenidas).

En la fase 4 se analizan los resultados cuantitativos de las sesiones de ABP-2x3 (tabla 3). Las sesiones de ABP-2x3 se han llevado a cabo en la modalidad virtual sincrónica (desde la plataforma Zoom, por la situación de pandemia) y en modalidad presencial.

- **Modalidad virtual sincrónica:** entre mayo-junio de 2021 se realizaron 17 sesiones de ABP-2x3 (333 enfermeras de 13 comunidades autónomas), con una media de 20 participantes por sesión. Respondió al cuestionario un 50,45% (168 participantes).

La valoración de la sesión ABP-2x3 alcanzó 8,83 puntos sobre 10 en aspectos que tienen que ver con la organización y el desarrollo de la actividad, y 8,82 en la pregunta sobre la metodología ABP-2x3. Destacar que los expertos (“tutores guía”) que dirigieron y dinamizaron los grupos, recibieron una puntuación de 9,21 puntos sobre 10. Recomendar esta metodología a los compañeros puntuó 9,28 y, además, el 98% de los alumnos estaba interesado en participar en futuras sesiones ABP-2x3.

La experiencia, en cuanto a la satisfacción de las enfermeras participantes, obtuvo un índice NPS de 80,35.

- **Modalidad presencial:** tras mejorar la situación epidemiológica, se inició la modalidad presencial. Entre octubre y diciembre de 2021 se realizaron 20 sesiones ABP-2x3 (508 enfermeras de 15 de las 17 comunidades autónomas), con una media de 20 participantes por sesión. Respondie-

Tabla 4. Categorías y subcategorías

Categorías	Subcategorías	Abstracción del discurso de los participantes
Metodología	Colaboración entre iguales	Participativa Interacción (todos con todos) Trabajo en equipo Aprendizaje colaborativo
	Percepción metodológica	Dinámica Innovación metodológica Compartir conocimientos Utilidad Simplicidad Aprendizaje Divertida/amena
Pensamiento crítico	Características del pensamiento crítico	Seguridad Toma de decisiones Actualización Reflexión Pensar antes de decidir Confianza Empoderamiento Investigación Humanismo Creatividad Comunicación
Enfermería basada en la evidencia	Resolución de problemas clínicos	Evidencia Juicio clínico Conocimiento Diagnóstico etiológico Habilidades Metodología científica Seguir guías de práctica clínica Cuidado integral Valoración holística
Conocimientos específicos	Conocimientos según situación de estudio	La compresión venosa La infección Las metaloproteinasas Los productos de cura (coste-efectivos) Adhesión al tratamiento

ron al mismo cuestionario 301 alumnos (59,25%). La sesión ABP-2x3 fue valorada con un 9,07 y la metodología con un 9,29 (incremento de 0,24 y 0,47, respectivamente, sobre la modalidad virtual).

En el primer trimestre del año 2022, se replicó el formato presencial: 10 sesiones, 271 enfermeras (15 de las 17 comunidades) y una media de 20 participantes por sesión, obteniendo una respuesta al cuestionario del 68,26% (185 participantes). La sesión y la metodología se valoraron de forma similar al año anterior con 9,28 y 9,34, respectivamente. Recomendar la metodología subió a 9,55 y seguir participando, al 99,46%.

La satisfacción en las sesiones presenciales obtuvo un índice NPS de 88,48.

Siguiendo esta fase de evaluación, se analizaron los resultados cualitativos de las sesiones ABP-2x3 a partir de la pregunta abierta del cuestionario de satisfacción, donde emergieron varias categorías y subcategorías (tabla 4) relacionadas con metodología, PC, EBE y conocimientos específicos

relacionados con la resolución de las situaciones planteadas (casos sobre infección, úlceras venosas y metaloproteinasas, entre otros temas).

En la valoración cualitativa, tanto en modalidad virtual como en presencial, las enfermeras participantes hacen referencia a la adquisición de varias de las competencias transversales objeto de la metodología ABP-2x3 (tabla 1).

DISCUSIÓN

Con esta experiencia en la utilización de metodología de aprendizaje ABP-2x3 se logra orientar a la enfermera en el proceso de la toma de decisiones basadas en evidencia científica, bajo el paraguas del PC, del cuidado de personas con heridas complejas.

Las distintas competencias de aprendizaje planteadas (instrumentales, intrapersonales y sistémicas) se ven desarrolladas, principalmente las relacionadas con metodología y participación, estimulando la capacidad de

aprendizaje autónomo y la disposición a trabajar en equipo, fomentando el diálogo, la habilidad del PC y del reflexivo, así como la capacidad de análisis y la toma de decisiones. Estas observaciones coinciden con varios estudios^{21,22} que señalan que, en su mayoría, los estudiantes que trabajan desde el modelo ABP, mostraron las mejores valoraciones hacia las actividades de aprendizaje, que integran la evidencia con la práctica para la resolución de problemas.

Este método de aprendizaje potencia el desarrollo de habilidades de resolución de problemas, integrando los nuevos conocimientos que van aportando los profesionales y los docentes, a la vez que se constata la motivación que los participantes muestran hacia el aprendizaje alcanzado a través del ABP-2x3, frente a la metodología tradicional limitada a la reproducción del conocimiento²³.

El ABP-2x3 facilita el diálogo y la comunicación interpersonal, potenciándose la disposición a trabajar en equipo, abriendo la posibilidad de desarrollar espacios para sociabilizar el conocimiento, y provocar el desarrollo de una competencia básica como es el debate y la toma de decisiones²⁴. También hay que destacar que estimula el PC y el reflexivo, la capacidad de estructurar conocimientos, la toma de decisiones, las habilidades comunicativas y las relaciones interpersonales. En definitiva, la metodología ABP-2x3 ayuda a la integración de la evidencia en la práctica clínica de la enfermera, potenciando su capacidad de “aprendiendo a aprender”.

La utilización de la metodología ABP-2x3, diseñada para ser implementada con enfermeras en el ámbito del cuidado de personas con heridas complejas, supuso un alto nivel de satisfacción para los alumnos (NPS > 80), les dota de autonomía y desarrolla el compromiso con su propio aprendizaje, los conduce a la reflexión constante y a pensar sobre el proceso por el cual construyen sus capacidades mediante la discusión, la argumentación y la evaluación.

El abordaje de problemas cotidianos en la práctica clínica busca, tanto de forma individual como grupal, el aprendizaje en la superación de obstáculos que implica la identificación, selección e integración apropiadas de conocimientos previos y su actualización, recursos y habilidades. Esto permite que la enfermera pueda hacer frente a un problema, bajo el método ABP-2x3, integrando sus aprendizajes en un todo coherente.

Como fortalezas, se han identificado: la gran interacción entre los participantes, el valor del “tutor guía”, la estimulación del autoaprendizaje o la aplicación de la evidencia científica a la práctica clínica.

Como área de mejora, se objetiva una situación de heterogeneidad en algún grupo, que pudo condicionar un cierto desequilibrio con relación a la experiencia y nivel de conocimientos de los participantes en alguna sesión.

CONCLUSIONES

Se han expuesto los rasgos más importantes de la metodología ABP-2x3 aplicada al cuidado de las personas con heridas de difícil cicatrización, estableciendo y estructurando un modelo de entrenamiento-aprendizaje para orientar a las enfermeras hacia el análisis causal y clínico de los casos, que facilite la toma de decisiones basadas en evidencia científica.

Esta metodología permite trasladar la toma de decisiones a futuras situaciones clínicas en el abordaje de heridas complejas.

Se ha conseguido un alto nivel de satisfacción de los alumnos al utilizar este nuevo modelo formativo ABP-2x3.

Tras la realización de 47 actividades (entre el 25 de mayo de 2021 y el 8 de junio de 2022), con participación de 6 docentes y 1.112 enfermeras, podemos afirmar que este modelo formativo ABP-2x3, representa una valiosa alternativa para estimular las habilidades de análisis clínico, permitiendo promover el PC, la creatividad, la toma de decisiones basadas en la evidencia científica, las habilidades comunicativas, el trabajo colaborativo, la confianza para hablar en público, y la habilidad para identificar las propias fortalezas y debilidades, lo que hace posible que los participantes puedan ser protagonistas de sus propios aprendizajes. En definitiva, “aprendiendo a aprender” ■

Conflicto de interés

Los autores declaran haber contado, para las actividades formativas, con el soporte de Urgo Medical. Este hecho no supuso conflicto de interés entre los tutores guía para la información/formación impartida.

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento a todas las enfermeras que participaron como alumnas en las sesiones formativas ABP-2x3, por su ilusión y ganas de aprender, así como a Urgo Medical por su soporte a las sesiones formativas. Agradecimiento especial a nuestras compañeras del equipo docente: Paz Beaskoetxea y Nuria Serra, por su enorme contribución al proyecto.

BIBLIOGRAFÍA

- Wenger E. Comunidades de práctica. Aprendizaje, significado e identidad. Barcelona: Espasa Libros S.L.U.; 2001.
- European Wound Management Association (EWMA). Documento de Posicionamiento: Heridas de difícil cicatrización: un enfoque integral. Londres: MEP Ltd.; 2008.
- Rumbo-Prieto JM. Variabilidad e incertidumbre en el abordaje de las úlceras y heridas crónicas. Situación actual. *Enferm Dermatol*. 2015;9:7-10.
- Cody W. Critical thinking and nursing Science: Judgment, or vision? *Nurs Sci Q*. 2002;15:184-9.
- Duch BJ, Groh SE, Allen DE. The power of problem-based learning: a practical “how to” for teaching undergraduate courses in any discipline. Stylus Publishing, LLC.; 2001.
- Alfaro-LeFevre R. Pensamiento crítico, razonamiento clínico y juicio clínico en enfermería: Un enfoque práctico. Elsevier; 2021.
- Potter P, editor. Fundamentos de Enfermería. 6.ª ed. Madrid: Ed. Grafos; 2007. p. 285-98 y 457-9.
- Pouralizadeh M, Khankeh HR, Ebadi A, Dalvandi A. Concept analysis of clinical judgment in nursing students: A hybrid model. *Iranian Red Crescent Med J*. 2017;19:e45373.
- Orellana A, Paravic T. Enfermería basada en evidencia. Barreras y estrategias para su implementación. *Cienc Enferm*. 2007;13:17-24.
- Alonso P, Ezquerro O, Fargues IGJ, Marzo M, Navarra M, Subirana M, et al. Enfermería basada en la evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados. Madrid: DAE; 2004.
- Santos C, Pimenta C, Nobre M. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007;15:508-11.
- Marqués S. La lectura crítica. *Fundamental en Enfermería y para las enfermeras*. Evidentia. 2009;6(27).
- Méndez M, Muñoz M, Sevilla L. Enfermería basada en la evidencia. *Boletín de Enfermería de Atención Primaria*. 2007;4(3).
- Rodríguez Campo VA, Paravic Klijn TM. Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. *Enferm Glob*. 2011;10:246-63.
- Donner RS, Bickley H. Problem-based learning in American medical education: an overview. *Bull Med Libr Assoc*. 1993;81:294-8.
- Alis MO. L'aprenentatge basat en problemes (ABP): De la teoria a la pràctica: una experiència amb un grup nombrós d'estudiants. Graó; 2011.
- Manifiesto DECIDE; URGO Medical; 2022. Disponible en: <https://urgo-medical.es/wp-content/uploads/2022/06/MANIFIESTO-DECIDE.pdf>
- Prieto A, Martín DD, Sanz JM, Mareño MV, Fuentes MH, Luengo MA, et al. Desarrollo de competencias profesionales valiosas en biología con una nueva modalidad “todo terreno” de aprendizaje basado en problemas, el ABP 4x4. *Aula abierta*. 2006;34:171-94.
- García Sevilla J, coordinador. El aprendizaje basado en problemas en la enseñanza universitaria. Universidad de Murcia. Murcia: Editum; 2008.
- Rubin HJ, Rubin IS. Qualitative interviewing: The art of hearing data. 3ª ed. SAGE Publications Inc.; 2011.
- Ruá J, Font A, Cebrián G. El ABP, un enfoque estratégico para la formación en Educación Superior. Aportaciones de un análisis de la formación en Derecho. *Revista de Docencia Universitaria*. 2011; 9:25-44.
- Bouhuijs PA. Implementing problem based learning: Why is it so hard? *Revista de Docencia Universitaria*. 2011;9:17-24.
- March AF. Metodologías activas para la formación de competencias. *Educatio siglo XXI*. 2006;24:35-56.
- Friás MT, López AC. Impacto del ABP en el desarrollo de la habilidad para formular preguntas de aprendizaje en estudiantes universitarios. *Revista de Docencia Universitaria*. 2011;9:57-66.