

Ensayo Clínico Aleatorio sobre los efectos de la tutorización en el shock transicional en las enfermeras noveles del Hospital de Sant Pau.

Autor: Rubèn González Iribarne

Proyecto de Investigación para la Obtención del Máster de Liderazgo y Gestión de los Servicios de Enfermería

Tutora: M^a Antonia Martínez Momblan

Curso Académico: 2020-2021

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.

Universidad de Barcelona

Barcelona, 21 de Junio del 2021

ÍNDICE

ÍNDICE	2
RESUMEN	4
ABSTRACT.....	5
INTRODUCCIÓN	6
JUSTIFICACIÓN	11
HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	11
Objetivo principal.....	11
Objetivos secundarios	12
Hipótesis.....	12
METODOLOGÍA	12
Ámbito de estudio.....	12
Diseño del estudio.....	13
Sujetos de estudio.....	13
Población diana	13
Población de estudio	13
Muestreo y Tamaño de la muestra	14
Reclutamiento de los sujetos	14
Variables del estudio.....	14
Variables sociodemográficas	14
Otras variables	15
Variable independiente.....	15
Variables dependientes.....	15
Instrumentos de medida	16
Procedimiento de recogida de datos.....	19
Análisis estadístico	19
ASPECTOS ÉTICOS.....	20
DIFICULTADES Y LIMITACIONES.....	20
APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA	21
PRESUPUESTO	21
CRONOGRAMA.....	22

BIBLIOGRAFIA.....	24
ANEXOS.....	27
Anexo 1. Programa de tutorización.....	27
Anexo 2. Escala de Competencias enfermeras.....	29
Anexo 3. Escala G-Clínic.....	34
Anexo 4. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispanohablante.....	36
Anexo 5. Autoconcepto Forma 5, de García y Musitu.....	39
Anexo 6. Cuestionario de Evaluación del Pensamiento Crítico en la Práctica Enfermera (Esperanza Zuriguel Pérez.....)	41
Anexo 7. Hoja de información a los participantes y consentimiento informado.....	55
Hoja de información a los participantes.....	55
Formulario de consentimiento informado.....	58

RESUMEN

Este documento consiste en un proyecto de investigación sobre como la tutorización, usando el modelo tradicional, afecta al shock transicional de las enfermeras noveles. Este proyecto se basa en el marco teórico de Duchscher, el cual las enfermeras noveles pasan por las fases “Haciendo” y “siendo”, hasta llegar a la última etapa que es la de “Conocimiento”. El objetivo principal es analizar la efectividad de una intervención de tutorización según el modelo tradicional, en profesionales enfermeras de nueva incorporación en el Hospital de la Santa Creu i San Pau que se realizará durante el período de julio 2022 hasta abril 2023, a nivel de la reducción del tiempo estimado de las transiciones del shock transicional durante el periodo comprendido de julio del 2022 a julio del 2023. Los objetivos secundarios consisten en comprobar si la tutorización también afecta a la mejor satisfacción del profesional, al aumento de la seguridad del paciente, a la mayor autoconfianza y al mayor empoderamiento a través del pensamiento reflexivo. Para realizar este proyecto se realizará un ensayo clínico aleatorio con enmascaramiento. Las implicaciones que se esperan es mejorar la seguridad del paciente, un incremento de la autoconfianza y del pensamiento reflexivo de las enfermeras noveles.

Palabras clave: shock transicional, Krammer, Benner, Bridges, Duchscher, enfermera, novel, tutorización, monitorización, satisfacción profesional, seguridad del paciente, autoconfianza, pensamiento reflexivo.

ABSTRACT

This document consists of a research project on how tutoring, using the traditional model, affects transitional shock in new nurses. This project is based on Duchscher's theoretical framework, in which novice nurses go through the "Doing" and "being" phases, until they reach the last stage, which is "Knowledge". The main objective is to analyse the effectiveness of a tutoring intervention according to the traditional model, in newly incorporated nursing professionals at the "Hospital de la Santa Creu i San Pau" that will be carried out during the period from July 2022 to April 2023, at the level of the reduction of the estimated time of transitional shock transitions during the period from July 2022 to July 2023. The secondary objectives are to check whether the tutoring also affects the better satisfaction of the professional, the increase of patient safety, greater self-confidence and greater empowerment through reflective thinking. To carry out this project, a randomized clinical trial will be carried out with masking. The expected implications are to improve patient safety, an increase in self-confidence and reflective thinking of novice nurses.

Key words: transitional shock, Krammer, Benner, Bridges, Duchscher, nurse, beginner, tutoring, monitoring, professional satisfaction, patients security, auto-confidence, reflexive thinking.

INTRODUCCIÓN

El informe publicado por la OMS “Situación de la enfermería en el mundo 2020” refiere que hay unas 27,9 millones de personas trabajando como personal de enfermería en todo el mundo en el año 2018, de las cuales 19,3 millones son enfermeras. La escasez mundial de enfermeras se estima en 5,9 millones de profesionales. Este problema se aglutina principalmente en los países de ingresos bajos y medianos bajos. (1)

La ratio de enfermera por 1000 habitantes en la Unión Europea en el 2018 es de 8,2 según el informe de la OECD publicado en el 2020. Este documento señala a España, Italia y Grecia como los países con ratio más baja de enfermeras por cápita. (2)

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en España hay 316.094 enfermeras, unas 6,7 enfermeras por 1000 habitantes en 2019 (3), mientras que la OECD declara unas 5,9 por 1000 habitantes en 2018. (2)

En el caso de la comunidad de Cataluña el cuerpo de enfermería lo componen 56.262 enfermeras según los datos del “Institut d’Estadística de Catalunya” (IDESCAT), dando un resultado de 7,4 enfermeras por cada 1000 habitantes en 2019 según el INE, lo que implica que la ratio en Cataluña es inferior a la media de los países de la OECD. (3,4)

En la mayoría de los países de Europa y regiones de América presentan una población de enfermeras mayores de 54 años superior al grupo de menores de 35 años. Debido a este hecho, estos países deberán incrementar el número de graduados y mejorar los incentivos de fidelización para poder sustituir a las enfermeras que se jubilarán próximamente. (1)

Por otra parte, en España, de las 316.094 enfermeras, 29.896 son mayores de 65 años, de manera que 286.198 enfermeras están dentro de la franja de edad para trabajar. Dentro de este grupo, el 32,56% tienen menos de 35 años y el 40,07% son mayores de 45 años.

En el caso de Cataluña consta de 56.262 enfermeras, de las cuales 47456 están dentro de la franja de edad laboral. Analizando por franjas de edad, obtenemos unos resultados similares con un 31,65% está compuesto por enfermeras

menores de 35 años y 40,21% son mayores de 45 años. Estos datos reflejan que se habría de incrementar el número de graduados. (5)

Pero la transición de estudiantes de enfermería a enfermeras puede ser estresante, inquietante y arduo. Estos efectos son las consecuencias del shock transicional.

Este shock afecta a la seguridad del paciente, a la calidad de los cuidados y a la salud emocional de las enfermeras, sin importar las diferencias culturales, geolocalización y estilos de formación, entre otras variables. (6,7) Varios expertos como Kramer, Benner, Bridges y Duchscher han desarrollado diferentes modelos teóricos para explicar tal proceso.(8)

Según Kramer, el shock transicional se desglosa en cuatro etapas. Éstas son catalogadas como “luna de miel”, “conmoción y rechazo”, “regresión” y “recuperación”.

La primera fase surge tras finalizar la vida académica hasta ingresar al mundo laboral, donde la enfermera se ha creado unas expectativas diferentes al entorno profesional.

Al obtener las primeras experiencias, se pasa a la etapa de “conmoción y rechazo”. Es en esta etapa donde la enfermera puede idealizar la vida de estudiante o renegar de la educación recibida.

En la “regresión” la enfermera empieza a sentir que forma parte del nuevo ámbito y empieza a aceptar su nuevo rol.

En la última etapa, la enfermera puede continuar en la institución, cambiar el lugar de trabajo o cambiar de profesión.

Por otra parte, la teoría de Benner clasifica a las enfermeras en cinco grupos, los cuáles son “novato”, “principiante avanzado”, “competente”, “avanzado” y “experto”. Esta transición no es lineal ni predecible pero este modelo ayuda a comprender que es necesario consolidar las habilidades aprendidas teóricamente y tiempo para considerarlas enfermeras competentes.

Mientras que el modelo de Bridges está compuesto por tres etapas lineales.

La primera es “Dejando ir”, donde la enfermera deja el rol de estudiante y utiliza este tiempo para asumir la pérdida.

La segunda fase es “Neutral”, aquí la enfermera está asimilando los nuevos conceptos, pero aún no los acaba de entender.

Y en el último estadio es el “nuevo comienzo”, donde la enfermera es capaz de racionalizar y de sentirse enrolada al ambiente.

Pero en los estudios realizados recientemente se basan más en el modelo de Duchscher, el cual es una evolución del teorema de Bridge y está influenciado por las tesis de Benner y Kramer. Esta teoría consta de tres fases.

La primera es “Haciendo”, donde la enfermera aprende a realizar técnicas y generalmente no ve más allá de las técnicas y procedimientos. Es en esta fase cuando se produce el “shock de transición” y cuando la profesional es más vulnerable.

El segundo ciclo es “Siendo”, que ocurre entre el cuarto y octavo mes tras la contratación. En este estadio, la enfermera tiene más confianza para indicar un plan apropiado a la práctica clínica. Esta fase coincidirá con la fase de “principiante avanzado” del modelo de Benner.

Y la última etapa es la de “Conociendo”, cuando pasa un año aproximadamente y se le considera que ya tiene la suficiente experiencia para poder llevar incluso a un alumno.

Para reducir estas consecuencias negativas producidas por el shock transicional varias instituciones se han decantado por los programas de residencia de enfermería, con más diez años experiencia, obteniendo unos resultados positivos. Estos consisten en realizar un curso de acompañamiento a los nuevos integrantes para facilitar la integración de los valores del centro de trabajo y el nuevo rol que deberán adoptar como trabajadores de la institución.(9)

Según la revisión narrativa de Nowell, et al.(10) estos programas de tutorización se pueden diferenciar en varios modelos. Éstos son el modelo tradicional, el de tutorización con compañeros, el de grupo, el de constelación, el de prácticas, el modelo institucional y el de a distancia. Los autores no encontraron ni un modelo que fuera más efectivo que otro, debido a la variabilidad de las variables, instrumentos y metodologías de los estudios seleccionados en la revisión.

En el ámbito de Estados Unidos se han hallado varios estudios que han abordado el problema usando el paradigma deductivo como el inductivo.

En la revisión sistemática de Mihyun, et al.(11) analizaron el efecto de la tutorización en las enfermeras noveles, descartando 82 reportes de 99 artículos. La duración de los programas de tutorización iba desde 3 meses hasta un año. Los resultados mostraron una mejoría respecto a la autoconfianza, mejorando la sensación sobre la seguridad del paciente, a la competencia en los cuidados, a las habilidades tecnológicas y a la comunicación, a la administración de medicación y en las habilidades del pensamiento crítico, favoreciendo la adquisición de nuevas competencias en los cuidados.

También detectaron que 15 de estos estudios observaron una mejoría en la retención de la nueva plantilla de enfermería y en algunos casos refirieron un retorno de la inversión positivo.

Es más, las respuestas de las entrevistas en profundidad sobre la tutorización publicadas por otros autores también fueron positivas. La muestra fue compuesta por 16 estudiantes de enfermería, con una edad entre 21 años hasta los 60, tras realizar unas prácticas en el centro médico regional de Yuma.(12)

Las participantes explicaron que gracias al aprendizaje adquirieron nuevas competencias y conocimientos que anteriormente no tenían en cuenta.

Otro estudio cualitativo descriptivo, escrito por Martin, et al.(13) reveló que la creación de la identidad profesional es un elemento central para el desarrollo de las enfermeras noveles tras analizar trece entrevistas a profundidad.

La evidencia revisada mostró resultados estadísticamente significativos en el desarrollo en general, en la priorización de la programación y en el liderazgo de la comunicación cuando se combina una tutorización a distancia y monitorización en grupos presencial. Mientras que los que recibieron las dos intervenciones vía online, sólo mejoró el liderazgo de la comunicación. (9)

En otro estudio mixto se encontró diferencias estadísticas sobre la confianza que tienen las estudiantes de enfermería en el área medico quirúrgica tras realizar unas prácticas de simulación, aunque la investigación consistió en un cuasi experimental pre-test, post-test. En las entrevistas post-simulación no exponen

el tema de la ansiedad, pero si recalcan que les ha mejorado la confianza al afrontar situaciones críticas.(14)

Pero por otro lado, en un estudio caso-control no se encontró diferencias estadísticas sobre la satisfacción profesional ni en la intención de continuar en la profesión en las enfermeras que recibieron tutorización. Cabe a destacar que la muestra no diferenciaba entre enfermeras noveles y expertas, ni entre roles de mentor y aprendiz, ni entre la monitorización formal o informal.(15)

Mientras que en Australia. Feltrin, et al.(16) describen el shock transicional de las enfermeras noveles a través de una teoría fundamentada.

Por otra parte, otros investigadores australianos realizaron un estudio cuasi experimental pre-post sobre un taller a enfermeras no expertas. Los resultados demostraron que los conocimientos mejoraron post intervención pero no mejoraron al cabo de 12 semanas, pero la comunicación sí que mejoro pos intervención y continuó mejorando tras 12 semanas de finalizar el taller.(17)

En el ámbito nacional, los enfermeros Marrero, et al.(7) desarrollaron un estudio cualitativo con un enfoque fenomenológico hermenéutico sobre el shock transicional de las enfermeras noveles de Tenerife.

Las participantes explicaron sus vivencias negativas debido a un incremento del estrés y a la carencia de preparación para entrar al mundo asistencial durante la carrera. Por otra parte, comentan que la experiencia laboral previa, aunque no estuviera relacionada con el mundo laboral, favoreció en la reducción del estrés producido por el shock transicional.

Otros autores consultados, analizaron como la pandemia del COVID-19 ha afectado al shock transicional de la nueva generación de enfermeras en las unidades de urgencias de Almería. En las entrevistas constataron los mismos problemas que relataron Marrero, et al. pero se adicionó las dificultades provenientes de la situación pandémica, como la organización caótica por parte de las instituciones y la sensación de que el resto de los trabajadores los ignorasen debido a la gran carga asistencial.(18)

JUSTIFICACIÓN

Durante la transición de la enfermera novel salida de un ámbito académico a una enfermera que trabaja en el ámbito asistencial se produce un proceso de adaptación llamado shock transicional que su duración teórica es aproximadamente de un año. Esto puede conllevar a una baja satisfacción laboral, a una baja autoconfianza y a un descenso de la seguridad del paciente. Este problema ocurre a nivel mundial, pero puede variar ligeramente según el contexto analizado, es por eso que queremos analizar el shock transicional desde el ambiente del Hospital de Santa Creu i Sant Pau, un hospital de tercer nivel de Barcelona.

El marco teórico elegido es el modelo de Duchscher, debido a que es una evolución del teorema de Bridge y está influenciado por las tesis de Benner y Kramer. Mientras que el modelo de tutorización se basará en el presencial por grupos porque en el estudio publicado por Wilson, Weather y Forneris obtuvo mejores resultados cuando la discusión en grupo era presencial en vez de virtual. Por otra parte, la mayoría de estudios son observacionales o cuasi-experimentales. Es por ello que la metodología propuesta para este proyecto es el ensayo clínico aleatorio.

Debido a estas razones es conveniente realizar este proyecto de investigación para tener un mayor conocimiento sobre este proceso para mejorar la profesión enfermera, tanto a nivel personal como profesional.

Es por todo ello que se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la efectividad de un programa de tutorización presencial a las enfermeras para reducir el shock transicional?

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Objetivo principal

Analizar la efectividad de una intervención de tutorización presencial y en grupo dirigido a las enfermeras de nueva incorporación en el Hospital de la Santa Creu i San Pau que se realizará durante el período de julio 2021 hasta abril 2022, a

nivel de la reducción del tiempo estimado de las transiciones del shock transicional durante el periodo comprendido de julio del 2021 a julio del 2022.

Objetivos secundarios

Comparar la efectividad de una intervención de tutorización entre el grupo control y grupo intervención, a nivel de shock transicional que afectará a:

- Mejor satisfacción del profesional.
- Aumento de la seguridad del paciente.
- Mayor autoconfianza
- Mayor empoderamiento a través del pensamiento reflexivo
- Disminución de los tiempos de transiciones del shock

Hipótesis

Las enfermeras noveles del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau que reciban uno de los cursos de introducción, ya sea presencial, a distancia o a través de chatbot, reducirán el tiempo estimado de las transiciones de las fases de shock transicional, descritas por Duchscher, derivando a una mejora de la satisfacción del profesional, de la seguridad del paciente, de la autoconfianza y del empoderamiento a través del pensamiento reflexivo, respecto a las compañeras que no han recibido ni uno de estos cursos.

METODOLOGÍA

Ámbito de estudio

El estudio se desarrollará en un hospital de tercer nivel situado en Barcelona, capital de Cataluña con una población de 1,5 millones de habitantes.

El hospital seleccionado para este estudio es el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Este centro se fundó en 1401, tras la fusión de seis hospitales que había en aquella época en Barcelona.(19) Actualmente, su ámbito de asistencia se compromete en cinco de los diez distritos municipales, atendiendo a una extensión de 101,53 km² con una población de 407.550 habitantes, siendo el 24,22% de la población de Barcelona. El 22,93% de estos usuarios son mayores de 65 años. Por otra parte, también atiende a población proveniente del resto de

Cataluña, España y otros países del extranjero. En el año 2019, la actividad asistencial fue de 21618 intervenciones quirúrgicas, 1713 partos, 159600 ingresos de urgencias, 463720 vistas a consultas externas y 97362 sesiones del hospital de día.(20)

Las unidades seleccionadas serán urgencias, reanimación, URPA, hospital de día y las salas hospitalización, excluyendo las unidades de partos, psiquiatría, semi-críticos, UCI, quirófanos y dispensarios.

Diseño del estudio

Para desarrollar este proyecto de investigación, se ha seleccionado la metodología cuantitativa basándonos en un diseño experimental, realizando un ensayo clínico aleatorio de simple ciego.

Sujetos de estudio

Población diana

Las enfermeras recién graduadas colegiadas en el COIB.

Población de estudio

Las enfermeras recién graduadas colegiadas en el COIB contratadas por el hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

- Criterios de inclusión:
 - o Haberse graduado durante el año 2021
 - o Incorporación contractual con el centro durante el año 2021
 - o Que estén destinadas en una de las siguientes unidades: urgencias, reanimación, URPA, hospital de día y las salas hospitalización
- Criterios de exclusión:
 - o Tener una experiencia laboral en enfermería superior a tres meses
 - o No tener un contrato dirigido a la práctica asistencial de enfermería.
 - o Que estén destinadas en una de las siguientes unidades: partos, psiquiatría, semi-críticos, UCI, quirófanos y dispensarios
- Criterios de retirada:
 - o Presentar un intervalo igual o superior a 30 días entre contratos laborales.

- No acudir a una sesión de tutorización en un intervalo de tres semanas.
- No asistir a un mínimo del 80% de las sesiones.

Muestreo y Tamaño de la muestra

El formato elegido para el muestro es el muestreo aleatorio simple para determinar si el individuo pertenecerá al grupo control o al grupo de intervención. Teniendo en cuenta que la población de estudio son unas 87 enfermeras aproximadamente al año, el tamaño de la muestra ajustada sería de 34 enfermeras por cada grupo. Este resultado se ha obtenido considerando que la proporción de éxito del grupo de intervención es un 20% superior al de control, con un nivel de significancia de 0.05 y una potencia estadística del 90%. (21) El porcentaje de retención de las enfermeras noveles en su profesión en EEUU es de 64% en el primer año, según se expone en el estudio publicado por Park y Jones. (11) Si tenemos en cuenta que el ratio de abandono en otros estudios es aproximadamente de un 5%, (6) precisaríamos de 72 enfermeras en total.

Reclutamiento de los sujetos

Para que este proyecto sea viable, debe buscar la alianza del centro hospitalario. Una vez obtenida, tras realizar la primera entrevista laboral, se entregará a los posibles candidatos un folleto informativo sobre el proyecto de investigación. Una vez hayan pasado la primera entrevista y les concierten la segunda entrevista, el equipo investigador concertará una reunión tras finalizar la segunda entrevista para explicar sobre el proceso de las intervenciones y la finalidad del estudio y responder las posibles preguntas de los candidatos. Una vez finalizada la sesión, los enfermeros noveles podrán aceptar o rechazar para entrar en el estudio, firmando el consentimiento informado, adjuntado en anexos.

Variables del estudio

Variables sociodemográficas

Sexo:

Definición conceptual: característica biológica que distingue entre femenino y masculino.

- Definición operativa: sexo reportado por las enfermeras noveles.

Edad:

- Definición conceptual: tiempo de existencia desde el nacimiento hasta la actualidad.
- Definición operativa: edad reportada por las enfermeras noveles.

Otras variables

Experiencia laboral previa:

- Definición conceptual: aptitudes y conocimientos adquiridos proporcionados al realizar un trabajo.
- Definición operativa: Se preguntará a través de la encuesta inicial si ha trabajado previamente y si estaba relacionado con el campo sanitario.

Tiempo de formación:

- Definición conceptual: medida para establecer la duración de la formación.
- Definición operativa: la medición se hará cada 3 meses desde el inicio del programa de tutorización.

Variable independiente

La variable exógena consiste en la tutorización de los enfermeros noveles que recibirán de manera programada a lo largo de los primeros nueve meses de su vida laboral dentro de la profesión de enfermería.

Se realizará una distribución en dos grupos:

Grupo Control (GC): Dicho grupo recibirá la intervención habitual que el hospital propone para los profesionales de nueva incorporación, en el caso del Hospital de Sant Pau no realiza ni un tipo de intervención.

Grupo Intervención (GI): Se realizará un programa de tutorización de carácter presencial a todas las enfermeras noveles durante 9 meses. El programa de tutorización está detallado más explícitamente en el anexo 1.

VARIABLES DEPENDIENTES

Shock transicional:

- Definición conceptual: es el efecto negativo producido por un cambio de escenario conjuntamente con las normas previamente establecidas que afecta a las competencias de la persona. Esta variable estará correlacionada con la

satisfacción laboral, la seguridad del paciente, la autoconfianza y el pensamiento reflexivo.

- Definición operativa: se empleará el cuestionario Nursing Competence Scale realizado por Visiers-Jiménez, et al.(22).

Satisfacción laboral:

- Definición conceptual: es el grado de conformidad del profesional respecto a la situación laboral, en otros términos es la comparación del entorno y las condiciones laborales respecto al contexto ideal.
- Definición operativa: se medirá a través de la escala validada G-Clínic, adaptación del cuestionario Font Roja. (23)

Seguridad del paciente:

- Definición conceptual: es la reducción del riesgo de daño asociado a la asistencia sanitaria a un mínimo aceptable.
- Definición operativa: se medirá a través del Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispanohablante. (24)

Autoconfianza:

- Definición conceptual: es la percepción que tiene un individuo sobre sí mismo, según unas cualidades que son susceptibles de valoración y subjetivación.
- Definición operativa: se medirá a través de la escala Autoconcepto Forma 5, de García y Musitu.(25)

Pensamiento reflexivo:

- Definición conceptual: es un proceso cognitivo que constituye la capacidad de reflexionar sobre el propio juicio con el objetivo de reducir los errores y maximizar los resultados positivos a la hora de tomar decisiones.
- Descripción operativa: se utilizará el cuestionario de evaluación del pensamiento crítico en la Práctica Enfermera desarrollado por Esperanza Zuriguel Pérez.(26)

Instrumentos de medida

Sexo: variable nominal, cuyo valor es 0 para el sexo masculino y 1 para el femenino. Esta variable es escogida para controlar la distribución de la muestra.

Edad: escala de razón contabilizada en años. La variable ha sido escogida para controlar la distribución de la muestra.

Experiencia laboral previa: Escala nominal, cuyo valor es 0 para las enfermeras que no tienen experiencia laboral previa, 1 para las que tienen una experiencia previa laboral no relacionada con el ámbito hospitalario y 2 si tiene relación. Esta variable ha sido considerada para evitar exogeneidad.

Tiempo de tutorización: escala nominal, cuyo valor es 0, en el momento previo a la intervención, 1 a los 3 meses de iniciar la tutorización, 2 a los 6 meses tras iniciar el programa de seguimiento, 3 a los 9 meses cuando finaliza el programa de tutorización y 4 a los 3 meses posteriores de la finalización del programa.

Escala de competencias enfermeras: este instrumento, traducido en castellano, mide las competencias adquiridas por las enfermeras. Su marco teórico se basó en el modelo de Benner y se validó a través de un análisis externo. Su consistencia interna es elevada, con un valor de α de Cronbach de 0.966. (22,27) Está compuesta por 73 ítems clasificados en 7 categorías (rol de ayuda, enseñanza, funciones diagnósticas, gestión de situaciones, intervenciones terapéuticas, asegurar la calidad y rol de trabajo).

La medición será a través de una escala visual analógica que irá desde 0 hasta 100, catalogados por “Bajo”, “Regular”, “Bueno” y “Muy Bueno” dependiendo de los cuartiles. Y la frecuencia se mide a través de una escala likert que va de 0 a 3, siendo 0 “no aplicable en mi trabajo”, 1 “utilizado rara vez”, 2 “utilizado frecuentemente” y 3 “utilizado muy frecuentemente”. Anexos 2.

Escala validada G-Clínic: el cuestionario, traducido en castellano, mide la satisfacción laboral. Consta de 10 ítems en 4 dimensiones (clima laboral, relaciones laborales, motivación y reconocimiento). Los valores para el grado de mínima satisfacción es de 1 y el de mayor satisfacción es de 5.

El poder explicativo de la varianza es del 63.67% y la α de Cronbach es de 0.76 (23) Anexos 3.

Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispanohablante: Esta versión, traducida en castellano, cuenta con 9 ítems agrupados en 3 factores (Apoyo de la Gerencia del hospital en la seguridad del

paciente, Percepción de seguridad y Expectativas y acciones de la dirección/supervisión que favorecen la seguridad). La estructura y el contenido han sido validados a través de un análisis externo.

Para capturar la cultura de la seguridad del paciente dentro de una institución se evaluó con una escala tipo Likert de 5 puntos. Por otra parte, consta de un ítem de valoración general sobre la seguridad del paciente en el Centro, así como 5 preguntas abiertas para identificar acciones emprendidas por el Centro. A mayor puntuación, mejor cultura de seguridad del paciente tiene la institución.

El poder explicativo de la varianza es del 60% y la α de Cronbach es de 0.704 (24) Anexos 4.

Escala Autoconcepto Forma 5, de García y Musitu: Este instrumento, traducido en castellano, evalúa cinco dimensiones del autoconcepto (académico, social, emocional, familiar y físico), con seis ítems cada una. Se puntúa con una escala tipo Likert que admite 11 posibilidades de respuesta, desde 0 como nunca, hasta 10 como siempre.

El poder explicativo de la varianza es del 81% y la α de Cronbach es de 0.815 (25) Anexos 5.

Cuestionario de evaluación del pensamiento crítico en la práctica enfermera desarrollado por Esperanza Zuriguel Pérez: Es un instrumento diseñado para explorar el constructo pensamiento crítico en enfermeras en la práctica clínica en formato cuestionario cerrado, traducido en castellano, basado en el modelo circular de pensamiento crítico de Alfaro-LeFevre.

Éste consta de 109 ítems divididos en 4 dimensiones (Personal, Intelectual y cognitiva, Interpersonal y de gestión y Técnica). Las respuestas se basan en tipo Likert de 4 puntos, siendo el valor 1 como “nunca o casi nunca” y 4 como “siempre o casi siempre”. La puntuación obtenida oscilará entre 109 y 436.

La fiabilidad es alta debido a una consistencia interna con un valor de $\alpha=0.96$ y una estabilidad temporal con un valor de coeficiente de correlación intraclase igual a 77. (26) Anexos 6.

Procedimiento de recogida de datos

Los datos se obtendrán a partir de las encuestas cerradas que se distribuirán a través de la herramienta Google Forms. El cuál permite la exportación de los datos en Excel, evitando el riesgo de errores durante la transcripción de papel a formato electrónico y que se dejen respuestas vacías. Además, el acceso a las encuestas se puede limitar a la muestra, gracias a la certificación por correo.

La entrada de datos será al inicio del curso, a los tres meses, a los seis meses, a los nueve meses y a los 3 meses tras finalizar el curso. En el caso del grupo control, se considerará el primer día desde su primer día laboral.

Se dejará un término de una semana para rellenar las encuestas, para maximizar las respuestas y evitar casos perdidos se enviarán e-mails recordatorios al correo electrónico personal.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizará mediante el programa estadístico R versión 4.1.0. Esta herramienta es gratuita y tiene una comunidad muy participativa.

Para la descripción de los datos, se describirá usando frecuencias y porcentajes para la variables cualitativas nominales y se añadirá la frecuencia absoluta acumulada en las variables ordinales. En el caso de las variables cuantitativas, se detallarán en forma de media, mediana, desviación estándar, kurtosis, la asimetría y los valores máximo y mínimo de la variable, con estos datos podremos verificar si la distribución es normal o no.

Por otra parte, se explicitará el número de casos válidos y anulados. Para todas las comparaciones se considerará un nivel de significación estadística de 0,05 y con un intervalo de confianza del 95%.

Para comparar las proporciones del grupo control y de intervención utilizaremos el chi-cuadrado y la t-Student, si presenta una distribución normal, o Kuskal Wallis, si la distribución es no paramétrica. Para el chi-cuadrado comprobaremos previamente si sigue la norma establecida en 1952 por Cochran y si se ha de aplicar la corrección de Yates en caso de no cumplirla. En cambio, para comprobar la distribución se realizará la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Por otra parte, se realizará una regresión lineal múltiple para analizar el efecto de la tutorización y del resto de variables explicativas sobre las variables dependientes. En este apartado, no solo tendremos en cuenta el nivel de significación estadística sino también el valor de r-cuadrado ajustado.

Todas las tablas y figuras mostrarán los resultados diferenciando el grupo control y el de tratamiento.

ASPECTOS ÉTICOS

Este proyecto contempla que se aplicará la Declaración de Edimburgo y se declarará todos los conflictos de intereses financieros o de otros tipos. A de más, se solicitará el consentimiento informado por parte de los participantes, cuyo modelo está adjuntado en Anexos 7. Por otra parte, se garantizará la confidencialidad de los datos personales de los participantes, de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento general (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, de protección de datos (RGPD). También se solicitará la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) de la institución para realizar dicha investigación.

Por último, el equipo investigador se compromete a no realizar plagio ni a presentar datos falsos o incompletos y cumplir la regla de Ingelfinger durante la divulgación de los resultados de esta investigación.

DIFICULTADES Y LIMITACIONES

Se ha considerado la posibilidad de discontinuidad por parte de las enfermeras mentoras, es por eso que a la hora de contratar la plantilla para realizar las clases, se ha planteado tener un pool de cuatro enfermeras para contratarlas si una de las anteriormente empleadas interrumpen el programa de tutorización.

Por otra parte, las enfermeras noveles pueden abandonar el programa de tutelaje, no contestar los cuestionarios y/o dejar algunas preguntas vacías. Para evitar estos escenarios, se han diseñado tres estrategias.

La primera táctica, comentada previamente en el apartado muestreo y tamaño de la muestra, es contemplar un 5% prevista de pérdida de seguimiento. La segunda estrategia consiste en enviar recordatorios vía e-mail a los participantes para que contesten las encuestas. Y la tercera radica en utilizar un software electrónico para que los participantes rellenen las encuestas y así evitar que se dejen preguntas sin contestar.

APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA

Los resultados derivados de esta investigación podrían fomentar la implementación de programas de tutorización a las enfermeras noveles. Al reducir el tiempo transcurrido entre las fases “Haciendo” y “Siendo” de la teoría de Duschscher e incrementar la satisfacción laboral, disminuiría la ratio de abandonos de la profesión por parte de las enfermeras noveles y aumentaría el grado de fidelización, reduciendo los costes de RRHH y evitando la fuga de talento.

Por otra parte, al mejorar la cultura de la seguridad del paciente, impactaría positivamente en la calidad de cuidados ofrecida por la institución, mejorando su imagen cara al público y los indicadores de calidad.

PRESUPUESTO

	Cantidad	€	Total € (30 meses)
Personal			
Tutores	12	0	0
Analista de datos	1	1575	1575
Equipos			
Ordenador	1	Recurso propio	0
Materiales			
Papel	5	Recurso propio	0
Tóner	5	Recurso propio	0

Software			
Google Forms		0	0
R Studio		0	0
Difusión			
Traducción	1500	1	1500
Publicación	2000	1	2000
Dietas y Viajes			
Dietas	18	20	360
Viajes	6	50	300
Estancia	9	60	540
Total			6275

CRONOGRAMA

- **Redacción del protocolo de la búsqueda bibliográfica:** Octubre 2021. (Investigador)
- **Búsqueda bibliográfica:** Noviembre 2021 – Enero 2022. (Investigador)
- **Selección de artículos:** Diciembre 2021 – Febrero 2022. (Investigador)
- **Revisión crítica:** Febrero – Abril 2022. (Investigador)
- **Selección marco teórico:** Abril – Junio 2022 (Investigador)
- **Consenso del programa de tutorización:** Mayo-Junio 2022 (investigador e institución)
- **Diseño de los instrumentos:** Junio 2022 (Investigador)
- **Selección de la muestra:** Junio 2022 (Investigador)
- **Selección de tutores y explicación del temario:** Junio 2022 (Investigador)
- **Programa de tutorización:** Julio 2022 – Marzo 2023 (Tutores)
- **Realización de encuestas:** Primera semana de Julio y Octubre 2022 y Enero, Abril y Julio 2023 (Participantes del GC y GI)
- **Introducción en la base de datos:** Primera semana de Julio y Octubre 2022 y Enero, Abril y Julio 2023 (Investigador)

- **Análisis estadístico:** 2nda – 4rta semana de Julio 2023. (Analista de datos)
- **Discusión de los resultados:** Agosto – Octubre 2023 (Investigador)
- **Transcripción final:** Octubre – Diciembre 2023 (Investigador)
- **Difusión:** Enero – Marzo 2023 (Investigador)

BIBLIOGRAFIA

1. OMS. SITUACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN EL MUNDO 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo [Internet]. 2020. Available from: <http://apps.who.int/iris.%0Ahttps://www.who.int/es/publications/i/item/9789240003279>
2. OECD and European Union. Health at a Glance: Europa 2020 State of health in the EU cycle. Health at a Glance 2020. 2020. 230 p.
3. INE. Tasa de Enfermeros por 100.000 habitantes por Comunidades y Ciudades autónomas de colegiación y situación laboral 2019 [Internet]. Instituto Nacional De Estadística. 2019. Available from: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=11181>
4. Idescat. Titulats en infermeria i protètics dentals col·legiats. Províncies 2019 [Internet]. Institut d'Estadística de Catalunya. 2020. Available from: <https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=834>
5. INE. Nº de Enfermeros por Comunidades, Ciudades autónomas y Provincias de colegiación, edad y sexo. 2019 [Internet]. Instituto Nacional De Estadística. 2019. Available from: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=11181>
6. Lee H, Lee YJ, Lee JH, Kim S. Physical examination competence as a predictor of diagnostic reasoning among new advanced practice nurse students: a cross-sectional study. *Contemp Nurse*. 2019;55(4–5):360–8.
7. Marrero González CM, García Hernández AM. La vivencia del paso de estudiante a profesional en enfermeras de Tenerife (España): un estudio fenomenológico . Vol. 11, Ene . scieloes ; 2017. p. 0.
8. Graf AC, Jacob E, Twigg D, Nattabi B. Contemporary nursing graduates' transition to practice: A critical review of transition models. *J Clin Nurs* [Internet]. 2020 Aug 1;29(15–16):3097–107. Available from: <https://doi.org/10.1111/jocn.15234>
9. Wilson T, Weathers N, Forneris L. Evaluation of outcomes from an online nurse residency program. *J Nurs Adm*. 2018;48(10):495–501.
10. Nowell L, Norris JM, Mrklas K, White DE. A literature review of mentorship programs in academic nursing. *J Prof Nurs* [Internet]. 2017;33(5):334–44. Available from:

- <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S8755722316300448>
11. Park M, Jones CB. A retention strategy for newly graduated nurses: An integrative review of orientation programs. *J Nurses Staff Dev.* 2010;26(4):142–9.
 12. Starr K, Conley VM. Becoming a registered nurse: The nurse extern experience. *J Contin Educ Nurs.* 2006;37(2):86–92.
 13. St-Martin L, Harripaul A, Antonacci R, Laframboise D, Purden M. Advanced beginner to competent practitioner: New graduate nurses' perceptions of strategies that facilitate or hinder development. *J Contin Educ Nurs.* 2015;46(9):392–401.
 14. Menard K, Maas N. Assisting BSN students in moving from novice to advanced beginner through student-LED simulations. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 2019;34(September 2018):145–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.11.020>
 15. Mariani B. The Effect of Mentoring on Career Satisfaction of Registered Nurses and Intent to Stay in the Nursing Profession. *Nurs Res Pract.* 2012;2012:1–9.
 16. Feltrin C, Newton JM, Willetts G. How graduate nurses adapt to individual ward culture: A grounded theory study. *J Adv Nurs.* 2019;75(3):616–27.
 17. Hull S, McLiesh P, Salamon Y. Does an orthopaedic workshop improve the confidence of nurses transitioning into the specialty of orthopaedics? *Int J Orthop Trauma Nurs* [Internet]. 2019;35(April):100700. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2019.04.003>
 18. García-Martín M, Roman P, Rodríguez-Arrastia M, Díaz-Cortes M del M, Soriano-Martin PJ, Ropero-Padilla C. Novice nurse's transitioning to emergency nurse during COVID-19 pandemic: A qualitative study. *J Nurs Manag.* 2020;(August):1–10.
 19. Presentación [Internet]. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Available from: <http://www.santpau.cat/web/public/presentacio>
 20. Memòria 2019 [Internet]. Barcelona; 2020. Available from: <http://www.santpau.cat/es/web/public/area-de-referencia1>

21. Camacho-Sandoval J. Nota estadística Tamaño de muestra en estudios clínicos. Amc [Internet]. 2008;50(1):enero-marzo. Available from: <http://pages.stern.nyu.edu/~jsimonof/>
22. Visiers-Jiménez L, Peña Otero D, Baeza Monedero I, Recio Vivas AM, Kajander-Unkuri S, García-Pozo A. Evaluación de competencias entre los profesionales formados en España. Validación al castellano de la escala Nursing Competence Scale. Tesela [Internet]. 2019;25(May):e12257. Available from: <http://ciberindex.com/index.php/ts/article/view/e12257/e12257>
23. Porcel-Gálvez AM, Martínez-Lara C, Gil-García E, Grao-Cruces A. Construcción y validación del cuestionario g-clinic para medir la satisfacción laboral en profesionales de enfermería de las unidades de gestión clínica. Rev Esp Salud Publica. 2014;88(3):419–28.
24. Mella Laborde M, Gea Velázquez MT, Ramos Forner GM, Compañ Rosique AF, Morales Calderón M, Aranaz Andrés JM. Creation and validation of a new in-house synthetic scale to measure patient safety culture. J Healthc Qual Res. 2019;34(1):12–9.
25. Musitu G. F . García G . Musitu. 1999;(June 2014).
26. Zuriguel Pérez E. Construcción de un cuestionario basado en el modelo circular de Alfaro-LeFevre. 2016; Available from: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/102257/1/EZP_TESIS.pdf
27. Meretoja R, Isoaho H, Leino-Kilpi H. Nurse Competence Scale: Development and psychometric testing. J Adv Nurs. 2004;47(2):124–33.

ANEXOS

Anexo 1. Programa de tutorización

Objetivo y participantes

El objetivo principal es que los profesionales noveles desarrollen diversas habilidades para mejorar su proceso de adaptación al entorno laboral. Los profesionales noveles están tutelados por enfermeras que actúan en calidad de tutores y realizan un seguimiento de las enfermeras que forman parte del programa de tutorización.

Funcionamiento

El programa de tutorización consta de dos sesiones por semana, siendo un total de 78 reuniones. Las sesiones serán presenciales con una duración de una hora en un aula proporcionada por el hospital con disponibilidad de ordenadores con SAP Formación. Estas sesiones se realizarán lunes o martes y jueves o viernes durante el turno de mañana o de tarde para facilitar la asistencia.

Los mentores deberán tener una experiencia laboral superior a 5 años. Cada profesional novel tendrá asignado a un mentor, con una ratio de un tutor por cada 6 profesionales noveles.

En estas reuniones se explicarán el funcionamiento del SAP, la ubicación en la intranet de los protocolos, de la guía de protocolos y de la notificación de incidencias en la seguridad del paciente, las normativas que se implementan en las diferentes unidades, como se aplican las catorce necesidades de Virginia Henderson y el uso del lenguaje enfermero taxonómico (NANDA, NIC y NOC) en el mundo laboral, las habilidades sociales para mejorar la relación de enfermera y usuario/a y entre los compañeros/as de trabajo y como basar los cuidados de enfermería en la evidencia científica, enseñándoles los recursos disponibles que ofrece el hospital a sus trabajadores.

Al iniciar la primera sesión, las enfermeras primerizas deberán rellenar el cuestionario que se les pasará por Google Forms. Este cuestionario se deberá de rellenar otra vez a los 3, 6, 9 y 12 meses tras iniciar el programa de formación.

Ventajas

Enfermeras noveles: reducirán el tiempo de duración de las fases del shock transicional, según el modelo de Duchscher. Este shock se refiere al estrés derivado de un cambio de entorno académico a un entorno laboral, como es trabajar en el Hospital de Sant Pau.

Enfermeras tutoras: se les dará un certificado para computar en la carrera profesional y una pequeña compensación económica.

Institución: al reducir el tiempo de adaptación al nuevo ambiente laboral a través de la tutorización se espera que mejore la satisfacción de los profesionales, la seguridad del paciente, la autoconfianza de las enfermeras partícipes de la mentoría y el empoderamiento a través del pensamiento reflexivo, comportando una mejora de la calidad de los cuidados y a una mayor fidelidad por parte de los profesionales

Actividades

Sesiones 1 - 8: Se instruirá en el funcionamiento del SAP, como entrar en intranet y usar los recursos que ofrece, como los protocolos, la guía farmacéutica y la notificación de incidencias en la seguridad del paciente y las normativas que se implementan en las diferentes unidades.

Sesiones 9 - 65: Se explicará cómo se aplican las catorce necesidades de Virginia Henderson y el uso del lenguaje enfermero taxonómico (NANDA, NIC y NOC) en el mundo laboral, se expondrá los problemas interdependientes más comunes que padecen nuestros usuarios según su patología y se desarrollarán las habilidades sociales para mejorar la relación de enfermera y usuario/a y entre los compañeros/as de trabajo para tener un ambiente laboral sano.

Sesiones 66 - 78: Se les mostrará donde se encuentran los recursos que ofrece el hospital para actualizarse en los cuidados de enfermería basándose en la evidencia.

Anexo 2. Escala de Competencias enfermeras

ROL DE AYUDA
Planifico los cuidados de los pacientes en función de sus necesidades personales.
Apoyo las estrategias de afrontamiento de los pacientes.
Evalúo de forma crítica mi propia filosofía enfermera.
Modifico el plan de cuidados en función de necesidades personales.
Aplico los resultados de la investigación enfermera con los pacientes.
Desarrollo los criterios de tratamiento de mi unidad.
Mi toma de decisiones se guía por principios y éticos.

ENSEÑANZA-APOYO-ORIENTACIÓN
Identifico y sigo cuidadosamente las necesidades educativas de los pacientes.
Encuentro el momento óptimo para la formación del paciente.
Domino el contenido de la formación del paciente.
Proporciono formación individualizada al paciente.
Coordino la formación del paciente.
Soy capaz de reconocer las necesidades de los miembros de la familia para poder proporcionarles orientación/guía.
Actúo de manera autónoma guiando a los miembros de la familia.

En el proceso de tutorización tengo en cuenta el nivel de adquisición de habilidades enfermeras de los estudiantes.
Apoyo a los estudiantes de enfermería para conseguir sus objetivos.
Evalúo con los pacientes sus objetivos educativos.
Evalúo los objetivos educativos de los pacientes con su familia.
Evalúo los objetivos educativos de los pacientes con el equipo de cuidados.
Doy pasos de manera activa para mantener y mejorar mis habilidades profesionales.
Desarrollo la formación del paciente en mi unidad.
Desarrollo programas de orientación para enfermeras de nueva incorporación en mi unidad.
Oriento a otros en las tareas de mi área de responsabilidad.

FUNCIONES DIAGNÓSTICAS
Analizo el bienestar del paciente desde diferentes perspectivas.
Soy capaz de identificar las necesidades de apoyo emocional del paciente.
Soy capaz de identificar las necesidades de apoyo emocional de los familiares.
Organizo ayuda por parte de expertos para los pacientes cuando lo necesitan.
Oriento a otros miembros del equipo sanitario en habilidades para la observación del paciente.
Oriento a otros miembros del equipo sanitario acerca del uso de equipamiento diagnóstico.
Desarrollo documentación del proceso de cuidados del paciente.

GESTIÓN DE SITUACIONES

Soy capaz de detectar precozmente situaciones que pueden suponer una amenaza vital.
Priorizo mis actividades de manera flexible de acuerdo con situaciones cambiantes.
Actúo de manera apropiada en situaciones de amenaza vital.
Organizo sesiones informativas (debriefing) para el equipo de cuidados cuando se necesitan.
Entreno a otros miembros del equipo sanitario para gestionar situaciones muy cambiantes.
Planifico los cuidados de manera consistente con los recursos disponibles.
Mantengo el material de cuidados de enfermería en buenas condiciones.
Promuevo una cooperación flexible del equipo ante situaciones muy cambiantes.

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

Planifico de forma flexible mis actividades en función de la situación clínica.
Tomo decisiones que conciernen el cuidado del paciente teniendo en cuenta situaciones particulares.
Coordino las actividades enfermeras del equipo multidisciplinar.
Formo al equipo de cuidados en el desempeño de intervenciones enfermeras.
Actualizo las guías escritas de cuidados.
Proveo asesoramiento al equipo de cuidados.

Utilizo los hallazgos de investigación en las intervenciones enfermeras.
Evalúo sistemáticamente los resultados del cuidado de los pacientes.
Incorporo conocimiento relevante para proporcionar cuidados óptimos.
Contribuyo a un mayor desarrollo de las vías clínicas multidisciplinares.

ASEGURAR LA CALIDAD

Me comprometo con la filosofía de cuidados de mi organización.
Identifico áreas de cuidados de los pacientes que necesitan un mayor desarrollo e investigación.
Evalúo críticamente la filosofía de cuidados de mi unidad.
Evalúo sistemáticamente la satisfacción de los pacientes con los cuidados recibidos.
Utilizo los hallazgos en investigación en un mayor desarrollo del cuidado de los pacientes.
Hago propuestas concernientes a un mejor desarrollo e investigación.

ROL DE TRABAJO

Soy capaz de reconocer las necesidades de apoyo y ayuda de los compañeros.
Soy consciente de los límites de mis propios recursos.
La identidad profesional sirve como recurso en enfermería.
Actúo de forma responsable en términos de recursos financieros limitados.

La política de mi organización me es familiar en cuanto al reparto y la coordinación de tareas.
Coordino la tutorización de los estudiantes de enfermería en la unidad.
Tutorizo a los enfermeros recién graduados y a los principiantes avanzados.
Proporciono expertía al equipo de cuidados.
Actúo de forma autónoma.
Oriento a los miembros del equipo en las tareas que corresponden con su nivel de habilidad.
Incorporo nuevos conocimientos para optimizar el cuidado de los pacientes.
Aseguro que el cuidado en la unidad fluya mediante la delegación de tareas.
Cuido de mí mismo para no desgastarme física y mentalmente.
Utilizo tecnologías de la información en mi trabajo.
Coordino el cuidado integral del paciente.
Organizo la situación de forma global cuando es necesario.
Proporciono retroalimentación a mis compañeros de trabajo de forma constructiva.
Desarrollo el cuidado del paciente en equipos multidisciplinares.
Desarrollo el ambiente de trabajo.

Anexo 3. Escala G-Clínic

		Muy acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	Con frecuencia tengo la sensación de que me falta tiempo para realizar mi trabajo	1	2	3	4	5
2	Creo que mi trabajo es excesivo, no doy abasto con las cosas que hay que hacer	1	2	3	4	5
3	Con frecuencia siento no tener recursos suficientes para hacer mi trabajo tan bien como sería deseable	1	2	3	4	5
4	Muchas veces mi trabajo en el hospital perturba mi estado de ánimo, o a mi salud, o a mis horas de sueño	1	2	3	4	5
5	La relación con mis jefes/as es poco cordial	1	2	3	4	5
6	Las relaciones con mis compañeros/as son poco cordiales	1	2	3	4	5

7	En mi trabajo me encuentro muy poco satisfecho	1	2	3	4	5
8	Generalmente, el reconocimiento que obtengo por mi trabajo es poco reconfortante	1	2	3	4	5
9	Tengo muy poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo	1	2	3	4	5
10	Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo no vale la pena	1	2	3	4	5

Anexo 4. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispanohablante

Apoyo de la Gerencia del hospital en la seguridad del paciente		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	El Director/Gestor de mi centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5
2	Percibo que la Seguridad del paciente es un aspecto prioritario de la agenda del director.	1	2	3	4	5
3	Los profesionales de mi centro se preocupan de la seguridad del paciente sólo después de que ha ocurrido un incidente adverso.	1	2	3	4	5

Percepción de seguridad		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
4	Me preocupo de la seguridad del paciente sólo después de que ha ocurrido un incidente adverso.	1	2	3	4	5
5	Trabajar sobre la seguridad del paciente aporta a mi centro un beneficio facial más que real en términos de eficiencia de la	1	2	3	4	5

asistencia.					
-------------	--	--	--	--	--

	Expectativas y acciones de la dirección/supervisión que favorecen la seguridad	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
6	Cuando ha ocurrido un efecto adverso, tengo una actitud temerosa al hablar de ello.	1	2	3	4	5
7	Los jefes de servicio y supervisores de enfermería promueven un ambiente de aprendizaje de los errores en lugar de señalar y culpar a los trabajadores.	1	2	3	4	5
8	Si se hiciera una sesión clínica sobre un error médico en mi centro, el debate final estaría centrado en cómo mejorar las barreras del sistema en lugar de discutir la responsabilidad individual.	1	2	3	4	5
9	Los procesos de la atención del paciente están bien estructurados y se vigilan posibles desviaciones, sus causas y cómo resolverlas.	1	2	3	4	5

Por favor, dele a su Centro una valoración general en seguridad del paciente.

Excelente	Muy Bueno	Aceptable	Pobre	Malo

Indique las acciones de seguridad emprendidas en su Centro y valore de 1 a 10 la implicación de la estructura

1	Implicación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Cumplimiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Relevancia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	Implicación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Cumplimiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Relevancia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	Implicación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Cumplimiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Relevancia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	Implicación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Cumplimiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Relevancia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	Implicación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Cumplimiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Relevancia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Anexo 5. Autoconcepto Forma 5, de García y Musitu.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Hago bien los trabajos escolares (profesionales).											
2. Hago fácilmente amigos.											
3. Tengo miedo de algunas cosas.											
4. Soy muy criticado en casa.											
5. Me cuido físicamente.											
6. Mis superiores (profesores) me consideran un buen trabajador.											
7. Soy una persona amigable.											
8. Muchas cosas me ponen nervioso.											
9. Me siento feliz en casa.											
10. Me buscan para realizar actividades deportivas.											
11. Trabajo mucho en clase.											
12. Es difícil para mí hacer amigos.											
13. Me asusto con facilidad.											
14. Mi familia está decepcionada de mí.											
15. Me considero elegante.											
16. Mis superiores (profesores) me estiman.											

Anexo 6. Cuestionario de Evaluación del Pensamiento Crítico en la Práctica Enfermera (Esperanza Zuriguel Pérez)

¿Con que frecuencia en su práctica clínica, presenta el comportamiento descrito en cada afirmación?

Usted debe marcar [] sólo una respuesta de las cuatro opciones

<i>Dimensión personal</i>	<i>Nunca o casi nunca</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Siempre o casi siempre</i>
1. Reconozco mis propias emociones	1	2	3	4
2. Conozco mis puntos fuertes y debilidades.	1	2	3	4
3. Demuestro mis sentimientos a los demás.	1	2	3	4
4. Soy fiel a mis principios y valores.	1	2	3	4
5. Sé ponerme en el lugar de otra persona para comprenderla.	1	2	3	4
6. Me resulta fácil saber cómo se sienten los demás.	1	2	3	4
7. Indago sobre respuestas alternativas cuando encuentro una que no me satisface.	1	2	3	4

8. Soy capaz de identificar el momento y la situación de manifestarme de manera constructiva y crítica.	1	2	3	4
9. Cuando poseo cualquier información, trato de interpretarla bien antes de manifestar alguna conclusión.	1	2	3	4
10. Antes de actuar reflexiono sobre las ventajas y desventajas de mi decisión.	1	2	3	4
11. Pienso antes de actuar.	1	2	3	4
12. Actúo razonando de una manera secuencial y racional.	1	2	3	4
13. Reconozco cuándo actúo de manera intuitiva.	1	2	3	4
14. Creo en mí mismo y en los demás y actúo en consecuencia.	1	2	3	4
15. Veo los problemas como retos a superar y no como amenazas.	1	2	3	4
16. Considero que mi manera de actuar es firme.	1	2	3	4
17. Mi comportamiento es firme.	1	2	3	4

18. Empiezo y completo tareas de manera autónoma.	1	2	3	4
19. Soy responsable de mis propios actos.	1	2	3	4
20. Me considero una persona minuciosa en los actos.	1	2	3	4
21. Me considero una persona prudente en mis actuaciones.	1	2	3	4
22. Acepto que existan distintas formas de posicionarse en la vida.	1	2	3	4
23. Tomo las decisiones con objetividad.	1	2	3	4
24. Acepto diferentes formas de respuestas culturales de las personas.	1	2	3	4
25. Busco soluciones reales a los problemas.	1	2	3	4
26. Busco soluciones adecuadas a cada situación.	1	2	3	4
27. Me anticipo a las consecuencias.	1	2	3	4
28. Creo oportunidades de mejora y apporto innovación.	1	2	3	4
29. Actúo cuando tengo oportunidad de hacerlo.	1	2	3	4

30. Me mantengo firme a mis valores frente a la oposición de otras personas.	1	2	3	4
31. Cuanto mayor sea la posibilidad de fracasar en algo, más dispuesto estoy en seguir adelante.	1	2	3	4
32. Sé esperar para conseguir un objetivo.	1	2	3	4
33. Me considero persistente en mis objetivos.	1	2	3	4
34. No impongo mis pensamientos y me encuentro en disposición de cambiar.	1	2	3	4
35. Me considero una persona con un estilo de vida saludable.	1	2	3	4
36. Promuevo actitudes de estilos de vida saludables hacia los demás.	1	2	3	4
37. Busco automejora en la forma de pensar.	1	2	3	4
38. Promuevo la salud de los pacientes.	1	2	3	4
39. Promuevo acciones de mejora en la organización en cuanto a seguridad y calidad.	1	2	3	4

<i>Dimensión intelectual y cognitiva</i>	<i>Nunca o casi nunca</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Siempre o casi siempre</i>
40. Dispongo de los conocimientos científicos necesarios para el ejercicio de mi práctica profesional.	1	2	3	4
41. Dispongo de conocimientos teóricos suficientes sobre metodología enfermera para aplicarla en mi práctica profesional.	1	2	3	4
42. Dispongo de los conocimientos que me permiten abordar los aspectos psicosociales de la persona.	1	2	3	4
43. Aplico los conocimientos que se derivan de la evidencia científica en la prestación de cuidados.	1	2	3	4
44. Soy capaz de comunicarme de forma eficaz.	1	2	3	4
45. Cumplimiento los registros de enfermería de manera completa y rigurosa.	1	2	3	4
46. Considero que las personas a quien cuido son iguales a pesar de las diferencias sociales o culturales.	1	2	3	4

47. Proporciono cuidados seguros, competentes y compasivos.	1	2	3	4
48. Desarrollo una práctica profesional fundamentada en el respeto de los derechos del paciente.	1	2	3	4
49. Preservo la intimidad y confidencialidad del paciente.	1	2	3	4
50. Tengo capacidad de compromiso para materializar los valores de la profesión.	1	2	3	4
51. Realizo actividades para la prevención de riesgos del paciente.	1	2	3	4
52. Procuro un entorno de trabajo seguro.	1	2	3	4
53. Escojo entre diferentes alternativas, valorando las consecuencias de las mismas.	1	2	3	4
54. Utilizo estrategias para favorecer la participación del paciente y familia/cuidador en las decisiones sobre su proceso de salud.	1	2	3	4

55. Realizo una valoración sistemática, organizada, para descubrir toda la información necesaria para identificar los problemas de salud.	1	2	3	4
56. Obtengo los datos clave para determinar los factores que pueden influir en los cuidados del paciente.	1	2	3	4
57. Detecto que signos o síntomas del paciente están dentro de los límites de normalidad y cuáles no.	1	2	3	4
58. Decido cuando los datos fuera de los límites de normalidad pueden ser signos o síntomas de problemas específicos.	1	2	3	4
59. Identifico que información es relevante para comprender un problema de salud específico.	1	2	3	4
60. Comparo lo que dice el paciente (datos subjetivos) con lo que observo (datos objetivos).	1	2	3	4
61. Reconozco cuando los datos objetivos y subjetivos se contradicen entre sí.	1	2	3	4
62. Analizo los datos e identifico posibles omisiones.	1	2	3	4

63. Busco la información necesaria, en el caso de que ésta no esté completa, para comprender una situación clínica.	1	2	3	4
64. De acuerdo con los datos recogidos, identifico los problemas reales y/o potenciales del paciente.	1	2	3	4
65. Determino las causas o los factores relacionados de los problemas.	1	2	3	4
66. Identifico que resultados espero observar en el paciente tras el proceso de cuidados.	1	2	3	4
67. Priorizo las actuaciones a realizar en función de la situación de cada paciente.	1	2	3	4
68. Considero al paciente y/o familia/cuidador como elemento central a la hora de tomar decisiones sobre el manejo de su salud.	1	2	3	4
69. Determino las intervenciones apropiadas para lograr los resultados esperados.	1	2	3	4
70. Individualizo las intervenciones y actividades enfermeras para prevenir y controlar los problemas.	1	2	3	4

71. Reconozco cuando aparecen cambios relevantes en el estado del paciente.	1	2	3	4
72. Interpreto los signos y síntomas indicativos de complicaciones del estado del paciente.	1	2	3	4
73. Me anticipo a la aparición de una complicación del paciente, aplicando medidas preventivas.	1	2	3	4
74. Modifico el plan de cuidados o el plan terapéutico según el estado del paciente.	1	2	3	4
75. Realizo acciones para la promoción de la salud de los pacientes y/o familia/cuidador.	1	2	3	4
76. Educo al paciente en la prevención de complicaciones de su salud.	1	2	3	4
77. Sé diferenciar los conflictos éticos de los que no lo son.	1	2	3	4
78. Utilizo los recursos de información documentales de una manera crítica.	1	2	3	4
79. Utilizo los recursos de información documentales como apoyo a mi práctica clínica.	1	2	3	4

80. Conozco cuales son mis principales habilidades utilizadas para alcanzar lo que me propongo.	1	2	3	4
81. Cuando incorporo un aprendizaje nuevo, trato de descubrir como he llegado a aprenderlo.	1	2	3	4
82. Cuando necesito aprender algo conozco cuales son las acciones más adecuadas para lograrlo.	1	2	3	4
83. Comparto la misión, la visión y los valores de mi organización.	1	2	3	4

<i>Dimensión interpersonal y de autogestión</i>	<i>Nunca o casi nunca</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Siempre o casi siempre</i>
84. Comparto la misión, la visión y los valores de mi organización.	1	2	3	4
85. Adecuo la información a las necesidades y capacidades del paciente.	1	2	3	4
86. Ofrezco soporte emocional al paciente y/o familia/cuidador.	1	2	3	4

87. Defiendo los derechos de los pacientes y su familia/cuidador.	1	2	3	4
88. Utilizo estrategias para favorecer el empoderamiento (refuerzo de sus capacidades, implicación) del paciente o familia/cuidador en su proceso de cuidados.	1	2	3	4
89. Aplico estrategias para resolver conflictos derivados de las relaciones con el paciente i/o familia/cuidador, en caso necesario.	1	2	3	4
90. Defiendo los derechos del equipo profesional.	1	2	3	4
91. Utilizo estrategias para favorecer el empoderamiento de los miembros del equipo profesional.	1	2	3	4
92. Utilizo estrategias para resolver conflictos derivados de las relaciones profesionales.	1	2	3	4
93. Me adapto a los cambios organizacionales de mi entorno laboral.	1	2	3	4
94. Facilito la adaptación al cambio organizacional de los miembros del equipo laboral.	1	2	3	4

95. Intercambio mis experiencias, con el equipo de enfermería, para lograr objetivos comunes.	1	2	3	4
96. Intercambio mis experiencias, con otros profesionales, para lograr objetivos comunes.	1	2	3	4
97. Gestiono el tiempo de manera óptima.	1	2	3	4
98. Utilizo estrategias (fijar prioridades, organizar el tiempo, organizar el entorno de trabajo) para gestionar el tiempo.	1	2	3	4
99. Utilizo la crítica para proponer nuevas soluciones a los problemas planteados.	1	2	3	4
100. Delego las actividades de acuerdo con los conocimientos, habilidades y capacidades de quien ha de realizar la tarea.	1	2	3	4
101. Realizo el seguimiento de las tareas delegadas.	1	2	3	4
102. Influyo positivamente en los demás miembros del equipo profesional para contribuir a que alcancen los objetivos propuestos	1	2	3	4
103. Soy capaz de dirigir a un grupo profesional para conseguir los objetivos.	1	2	3	4

103. Fomento un entorno de trabajo saludable.	1	2	3	4
--	---	---	---	---

<i>Dimensión interpersonal y de autogestión</i>	<i>Nunca o casi nunca</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Siempre o casi siempre</i>
104. Ante una duda clínica sé localizar información de calidad en las bases de datos científicas.	1	2	3	4
105. Dispongo de habilidades en el uso de las tecnologías de la información y de la comunicación que me permiten dar resultados óptimos a los requerimientos profesionales.	1	2	3	4
106. Realizo de forma adecuada las técnicas y/o procedimientos necesarios, dependiendo de la complejidad del paciente.	1	2	3	4
107. Adecuo el procedimiento al contexto de realización.	1	2	3	4

108. Administro de manera segura los medicamentos (interpretación de dosis, preparación y manejo de los dispositivos de administración).	1	2	3	4
109. Realizo correctamente los cuidados asociados a la administración de medicamentos (valorar la respuesta terapéutica o realizar los controles previos o posteriores necesarios).	1	2	3	4

Anexo 7. Hoja de información a los participantes y consentimiento informado

Hoja de información a los participantes

Título del estudio

Ensayo Clínico Aleatorio sobre los efectos de la tutorización en el shock transicional en las enfermeras noveles del Hospital de Sant Pau.

Investigador Principal

Rubèn González Iribarne

Entidad donde se desarrolla la investigación

Fundació de Gestió Sanitària de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

C. Sant Antoni Maria Claret, 167

08025 Barcelona

Tel: 93 291 90 00

Fax: 93 553 76 31

NIF: G-59780494

Naturaleza y Objetivo del estudio

Analizar el efecto de una intervención de tutorización presencial respecto al shock transicional a las enfermeras de nueva incorporación en el Hospital de la Santa Creu i San Pau que acceden por primera vez en el mercado laboral realizando esta profesión. El objetivo es reducir el shock transicional, mejorando la satisfacción de los profesionales, la seguridad del paciente, la autoconfianza de las enfermeras, el empoderamiento a través del pensamiento reflexivo.

Procedimiento

Si es usted elegido, como parte de la muestra que recibe la intervención, recibirá una mentoría de 1 hora, dos veces a la semana, durante 9 meses sobre el uso de las herramientas de gestión y creación de datos de los usuarios, los protocolos que se aplican en la institución, los recursos que se disponen por parte de la institución para favorecer los cuidados basados en la evidencia y como se aplican las catorce necesidades de Virginia Henderson y el uso del lenguaje enfermero taxonómico (NANDA, NIC y NOC) en el mundo laboral.

Riesgos asociados a su participación en el estudio

No se contemplan

Beneficios asociados a su participación en el estudio

Validar si la tutorización reduce el tiempo de adaptación al nuevo ambiente laboral, mejorando la satisfacción de los profesionales, la seguridad del paciente, la autoconfianza de las enfermeras partícipes de la mentoría, el empoderamiento a través del pensamiento reflexivo.

Proyecto de investigación “Ensayo Clínico Aleatorio sobre los efectos de la tutorización en el shock transicional en las enfermeras noveles del Hospital de Sant Pau.”

Nos dirigimos a usted para informarle sobre el programa de tutorización que se impartirá durante los primeros nueve meses en la bolsa de trabajo de la institución del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau que se realizará a una muestra de enfermeras sin experiencia previa laboral en enfermería.

Nuestra intención es que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este programa. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir.

Participación voluntaria

Debe saber que su participación en este programa es voluntaria y que usted puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar su consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con la institución ni se produzca perjuicio alguno en cuestión de obtención de futuros contratos.

Descripción general del programa

La transición de estudiantes de enfermería a enfermeras puede ser estresante, inquietante y arduo. Este shock afecta a la seguridad del paciente, a la calidad de los cuidados y a la salud emocional de las enfermeras, sin importar las diferencias culturales, geolocalización y estilos de formación, entre otras variables

Este shock transicional y la autogestión para resolverla afecta a la seguridad del paciente, la autoconfianza del profesional, a la satisfacción personal del profesional, mayor empoderamiento y los costes de los cuidados de enfermería.

Confidencialidad

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 1720/2007 de 21 de diciembre por medio del cual se desarrolla dicha ley. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al responsable del estudio. Todos los datos serán tratados de forma confidencial. Si quiere realizar cualquier consulta, puede llamar al teléfono 93-xxx-xx-xx (lunes a viernes de 8:00am a 13:30pm).

Formulario de consentimiento informado

Título del proyecto • Centro • Datos del participante (nombre y apellidos y número del documento de identidad) • Persona que proporciona la información y hoja de consentimiento (nombre y apellidos)

Yo, (nombre y apellidos del/la participante)....., con
DNI (número del Documento Nacional de Identidad):.....
con dirección.....
y teléfono..... He hablado con el profesional responsable del
estudio,

Declaro:

- He leído la hoja de información al participante sobre el proyecto de investigación “Ensayo Clínico Aleatorio sobre los efectos de la tutorización en el shock transicional en las enfermeras noveles del Hospital de Sant Pau.”.
- Se me ha hecho la entrega de una copia de la Hoja de información al participante y una copia de este Consentimiento informado, fechado y firmado.
- Se me han explicado las características y el objetivo de este estudio, así como los posibles beneficios y riesgos.
- He tenido el tiempo y la oportunidad de realizar preguntas y aclarar dudas. Todas las preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.
- Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos personales, de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento general (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, de protección de datos (RGPD).
- Otorgo el consentimiento de manera voluntaria y sé que me puedo retirar en cualquier momento de una parte o de la totalidad del estudio, sin tener que



dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis futuros contratos con la institución.

Firma por duplicado (una copia para la empresa/institución y una copia para el investigador)

Firma del/la participante:

Fecha:

Firma del investigador:

Fecha: