**INFORME ACADÉMICO FINAL**

Proyectos de Innovación Educativa

**Fecha del informe: 11-11-2024**

1. **ANTECEDENTES GENERALES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Título del Proyecto** | Envejecimiento en primera persona: Proyecto de innovación educativa en estudiantes de la facultad de salud de la Universidad Santo Tomás, Sede Antofagasta |
| Año Concurso y versión | 2023- II Semestre |
| Sedes Involucradas | Sede Antofagasta |
| Carreras Involucradas | * Enfermería * Kinesiología * Nutrición y Dietética |
| Alumnos Beneficiados / año | 29/2024 |
| Fecha de Inicio | 04/09/2023 |
| Fecha de Término | 30/09/2024 |
| Duración (años) | 1 año |

**Equipo Responsable**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre académico** | **Rol** | **Correo institucional** | **Filiación área académica** | **DOI** |
| Daniela Robles Tapia | Director | [danielaroblesta@santotomas.cl](mailto:danielaroblesta@santotomas.cl) | Escuela de Nutrición y Dietética, Facultad de Salud, Universidad Santo Tomás, Chile | <https://orcid.org/0000-0002-0225-2610> |
| Felipe González Fernández | Director alterno | [Fgonzalez56@santotomas.cl](mailto:Fgonzalez56@santotomas.cl) | Escuela de Nutrición y Dietética, Facultad de Salud, Universidad Santo Tomás, Chile | <https://orcid.org/0000-0003-1262-1552> |
| Jocelyn Ramírez Cuadra | Colaborador | [jramirezc@santotomas.cl](mailto:jramirezc@santotomas.cl) | Escuela de Kinesiología, Facultad de Salud, Universidad Santo Tomás, Chile | <https://orcid.org/0000-0003-0656-191X> |
| Yanet Medalla Tapia | Colaborador | [yanetmedallata@santotomas.cl](mailto:yanetmedallata@santotomas.cl) | Escuela de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad Santo Tomás, Chile | - |
| Pía Novoa Burgos | Colaborador | [pianovoabu@santotomas.cl](mailto:pianovoabu@santotomas.cl) | Centro de Simulación Clínica, Facultad de Salud, Universidad Santo Tomás, Chile | <https://orcid.org/0009-0009-5162-1193> |
| Verónica Menares Olivares | Colaborador Docente Asignatura Enfermería | [vmenares@santotomas.cl](mailto:vmenares@santotomas.cl) | Escuela de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad Santo Tomás, Chile | - |
| Andrés Ledezma Dames † | Colaborador Docente Asignatura Kinesiología | [aledezma@santotomas.cl](mailto:aledezma@santotomas.cl) | Escuela de Kinesiología, Facultad de Salud, Universidad Santo Tomás, Chile | <https://orcid.org/0000-0002-8046-0482> |

**Áreas prioritarias/líneas específicas**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Área** | **Estrategias de aprendizaje activo-participativas** | **Evaluación para el Aprendizaje** | **Compromiso del estudiante en el ambiente virtual** |
| Línea específica | **Metodologías Activas y Espacios Innovadores para el Aprendizaje** | - | - |

1. **Resumen y Antecedentes del Proyecto** (250 palabras)

*Chile enfrenta una avanzada transición demográfica, con un incremento en la esperanza de vida y una disminución en la natalidad. Para 2050, se proyecta que dos de cada tres chilenos tendrán 60 años o más, lo que plantea grandes desafíos en la integración de las personas mayores en la sociedad. Este proceso suele verse afectado por actitudes discriminatorias, incluso entre profesionales de la salud. En respuesta, se desarrolló un proyecto orientado a promover competencias genéricas como empatía, asertividad y respeto hacia las personas mayores en estudiantes de carreras de salud, utilizando simuladores de envejecimiento.*

*Se implementó el traje de simulación GERT, que permite a los estudiantes experimentar las limitaciones físicas y sensoriales de las personas mayores. El equipo docente fue capacitado en su uso y se crearon escenarios interdisciplinarios para su aplicación. La evaluación del impacto incluyó instrumentos como CAT y DASH para los escenarios de simulación, y cuestionarios KOGAN, ERIP, RATHUS y JEFFERSON para medir actitudes hacia las personas mayores, respeto, asertividad y empatía.*

*Los resultados mostraron un incremento significativo en actitudes positivas y asertividad hacia las personas mayores tras la intervención (p < 0,05), aunque no se evidenciaron cambios en empatía y respeto (p > 0,05). La experiencia mejoró la comprensión de los estudiantes sobre las limitaciones asociadas a la vejez, sugiriendo la importancia de seguir integrando este tipo de metodologías innovadoras en la formación de profesionales de la salud.*

**Palabras clave**

Ageísmo, empatía, asertividad, respeto, enseñanza mediante simulación de alta fidelidad

1. **Cumplimiento de los objetivos planteados**

Objetivo General: Incorporar experiencias de aprendizajes innovadoras para el fomento de las competencias genéricas, empatía, asertividad y respeto, frente a las personas mayores y el proceso de envejecimiento, en estudiantes de la facultad de salud de Universidad Santo Tomás de la Región de Antofagasta, a través del uso de simuladores.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos** | **Cumplimiento** | | | **Fundamentar el cumplimiento parcial o incumplimiento** |
| **Total** | **Parcial** | **No** |
| Generar y aplicar experiencias de aprendizaje innovadoras e interdisciplinares en estudiantes de las carreras de Kinesiología, Enfermería y Nutrición y Dietética de Universidad Santo Tomás sede Antofagasta, a través del uso de simuladores en las asignaturas Gestión del cuidado del adulto y adulto mayor hospitalizado médico, Gerontología y Gerontogeriatría. | x |  |  |  |
| Comparar las actitudes positivas y negativas hacia la persona mayor en estudiantes de las carreras de Enfermería, Kinesiología y Nutrición y Dietética de Universidad Santo Tomás sede Antofagasta pre y post incorporación de experiencias de aprendizajes innovadoras a través del uso de simuladores. | X |  |  |  |
| Comparar los niveles de respeto, asertividad y empatía en estudiantes de las carreras de Enfermería, Kinesiología y Nutrición y Dietética de Universidad Santo Tomás sede Antofagasta pre y post incorporación de experiencias de aprendizajes innovadoras a través del uso de simuladores. | x |  |  |  |
| Establecer necesidad de generar programas interdisciplinares en asignaturas de temáticas comunes en estudiantes de las carreras de Kinesiología, Enfermería y Nutrición y Dietética de Universidad Santo Tomás sede Antofagasta. | X |  |  |  |

1. **PRESENTACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE INNOVACIÓN.**

Chile atraviesa una fase avanzada de transición demográfica caracterizada por un aumento en la esperanza de vida y una disminución de las tasas de natalidad. Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), para el año 2020, la esperanza de vida llegó a 82 años en mujeres y 77 años en hombres, y se proyecta que en 2050 dos de cada tres chilenos tendrán 60 años o más (Instituto Nacional de Estadísticas, n.d.). Este envejecimiento de la población plantea un desafío no solo para los sistemas de salud, sino también para la formación de profesionales capacitados en el cuidado de personas mayores. En este contexto, surge el proyecto "Envejecimiento en Primera Persona", cuyo propósito fue abordar el problema del edadismo en los sistemas de atención clínica. Este tipo de discriminación, basada en estereotipos y prejuicios hacia las personas mayores, afecta la calidad de vida de los usuarios, y ocasiona prácticas insensibles en la atención sanitaria por parte de los profesionales. Investigaciones recientes destacan que el contacto limitado y las experiencias personales negativas con personas mayores contribuyen a estas actitudes edadistas (Chang et al., 2020; Leon & Bozanic, 2022). En este sentido, es crucial modificar las conductas de los futuros profesionales de la salud desde su formación académica.

La propuesta educativa se basa en el uso de simuladores para proporcionar a los estudiantes una vivencia realista del envejecimiento. El simulador GERT, que recrea las limitaciones físicas y sensoriales propias de las personas mayores(Gerhardy et al., 2022), es una herramienta pedagógica innovadora que permite a los estudiantes experimentar de primera mano los desafíos que enfrentan los adultos mayores. La metodología implementada en este proyecto se apoya en enfoques pedagógicos activos, como la simulación clínica interdisciplinaria(Donoso-Stuardo. Paula et al., 2024). Estas estrategias permiten a los estudiantes no solo desarrollar competencias técnicas, sino también habilidades sociales y humanas, como la empatía y el respeto(Rodriguez-Molinero et al., 2024). A través de la simulación, se crean experiencias inmersivas que favorecen el entendimiento profundo de las necesidades biopsicosociales de las personas mayores, promoviendo así una atención más humana y de calidad, siendo una estrategia en formación de profesionales de la salud, con el fin de lograr sujetos más empáticos y comprometidos, al utilizar la simulación como estrategia central para modificar las actitudes edadistas y fomentar un aprendizaje integral.

1. **IMPACTO DE LA INNOVACIÓN.**

Con el fin de evaluar el impacto de la innovación se dividió la recopilación de información de la siguiente manera:

Valoración por parte del paciente simulado

* **Instrumento CAT (Clinical Assessment Tool)**

Herramienta diseñada para evaluar el desempeño de los estudiantes en entornos de simulación clínica, enfocándose en sus competencias clínicas, habilidades de comunicación y capacidad para trabajar en equipo(Armijo-Rivera et al., 2021). Es una evaluación objetiva del comportamiento de los participantes durante la simulación y mide su habilidad para aplicar conocimientos en situaciones realistas.

Valoración por parte de los participantes

* **Instrumento DASH (****Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare) – versión larga para participantes**

Herramienta utilizada para evaluar la calidad del debriefing después de una sesión de simulación clínica(Brett-Fleegler et al., 2012). La pauta DASH se enfoca en cómo los facilitadores conducen este debriefing, asegurando que sea efectivo para el aprendizaje de los estudiantes.

* **Instrumento “Experiencia vivida”**

Se creó instrumento “Experiencia vivida” con la finalidad de recolectar datos cualitativos orientados a conocer la experiencia más personal de los estudiantes y docentes que estuvieron en al menos un escenario de simulación clínica. Se realizó validez de contenidos con un grupo de expertos.

En relación con los alcances asociados a la innovación, este proyecto se centra en la integración de la simulación clínica interdisciplinaria como una herramienta para sensibilizar a los estudiantes sobre el envejecimiento y los retos asociados al cuidado de personas mayores. Los principales logros incluyen:

* **Transformación de percepciones sobre el envejecimiento:** Al incorporar la experiencia de personificación mediante el traje de envejecimiento, se logró un cambio en la percepción de los estudiantes sobre las necesidades y desafíos que enfrentan las personas mayores. Esto ha potenciado su capacidad empática y una mejor comprensión de los aspectos biopsicosociales del envejecimiento.
* **Mejora en las habilidades clínicas y de comunicación:** La simulación permitió a los estudiantes aplicar conocimientos teóricos en un ambiente controlado, mejorando sus habilidades clínicas y su capacidad de comunicación, lo cual es esencial en la atención a personas mayores dependientes.
* **Colaboración interdisciplinaria:** La innovación propició la interacción entre distintas disciplinas, generando una visión integral del cuidado a la persona mayor, y fomentando el trabajo en equipo, un factor crucial en la práctica clínica.

Por otra parte, y complementando lo anterior, la relevancia de esta innovación pedagógica reside en su capacidad para abordar de manera práctica y vivencial un problema creciente como es el envejecimiento poblacional, promoviendo cambios en la enseñanza y el aprendizaje en el área de la geriatría. Entre los aspectos más novedosos y relevantes de los aportes destacan;

* **Personificación del envejecimiento:** El uso del traje de envejecimiento es un componente innovador que trasciende la enseñanza tradicional al proporcionar una experiencia inmersiva que facilita la empatía y el entendimiento profundo de las limitaciones físicas y sensoriales propias del envejecimiento.
* **Impacto en las prácticas docentes:** Los resultados de esta innovación han generado un impacto positivo en las prácticas docentes al incorporar la simulación clínica interdisciplinaria como un recurso regular en la formación. La simulación permite a los estudiantes practicar situaciones reales y recibir retroalimentación inmediata, contribuyendo a una mejora continua del proceso formativo.
* **Coherencia con la temática abordada:** La innovación está alineada con la creciente necesidad de preparar a futuros profesionales para atender a una población cada vez más envejecida, lo cual es coherente con las líneas de formación en salud, envejecimiento y cuidado integral. Al mismo tiempo, se vincula con la promoción de un enfoque integral del envejecimiento, donde se consideran los aspectos médicos, psicológicos y sociales.

Ver Anexos 1 y 2.

1. **RESULTADOS OBTENIDOS.**

Para favorecer la compresión, los resultados se presentarán asociados a cada uno de los objetivos específicos (Anexo 2).

**Datos sociodemográficos y de interés**

**Tabla 1**. Edad, año de ingreso a la carreara y total de años cursados.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Edad** | **Año de ingreso a la carrera** | **Total de años cursados** |
| **Media** | 22,29 | 2021,32 | 2,68 |
| **Mediana** | 22,00 | 2022,00 | 2,00 |
| **Moda** | 20 | 2022 | 2 |
| **Desv. Desviación** | 2,417 | ,905 | ,905 |

Los participantes de esta investigación son adultos jóvenes, con ingreso universitarios post pandemia Covid-19 y en general, transitan por la mitad de su formación profesional.

**Figura 1**. Sexo.

La mayor parte de la población del estudio son mujeres, la cual sigue la tendencia de las carreras adscritas al proyecto, principalmente Nutrición y Dietética y Enfermería, donde la matricula es principalmente del sexo femenino. **(Figura 1)**

**Figura 2**. Cuidad de origen.

Casi el 80% de los estudiantes son de la cuidad de Antofagasta, seguido de Calama. Tendencia que se observa en la mayoría de las carreras de la Universidad. **(Figura 2)**

**Figura 3**. Carrera a la cual pertenece.

En la figura 3 se puede observar una distribución casi equitativa en las carreras con un 32% para Nutrición y Dietética, 32% para kinesiología y 36% para enfermería.

**Figura 4**. Personas mayores en el hogar.

Se observa que casi un tercio (36%) de la población de estudio vive en la actualidad con una persona mayor de formar regular en su hogar como se observa en la figura 4

**Figura 5.** Relación de la persona mayor que vive en el hogar.

La gran mayoría de las personas mayores que viven en el hogar (86%) no tienen una relación directa como padre, madre o ambos. Esto podría referirse a que son otros miembros del hogar o no tienen vínculo parental con el núcleo familiar principal como se aprecia en la figura 5; sin embargo un 11% refiere que ambos padres son personas mayores.

**Objetivo N°1**

***Generar y aplicar experiencias de aprendizaje innovadoras e interdisciplinares en estudiantes de las carreras de Kinesiología, Enfermería y Nutrición y Dietética de Universidad Santo Tomás sede Antofagasta, a través del uso de simuladores en las asignaturas Gestión del cuidado del adulto y adulto mayor hospitalizado médico, Gerontología y Gerontogeriatría.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Para la valoración de este objetivo se utilizaron pautas estandarizadas en el uso de la simulación, las cuales fueron aplicadas a los estudiantes que participaron en las simulaciones interdisciplinares de este proyecto, pertenecientes a las carreras de Kinesiología, Enfermería y Nutrición y Dietética.  En primer lugar, encontramos el instrumento CAT a los pacientes simulados que ejecutaron los escenarios (n=5) cuyo porcentaje promedio de excelentes fue de 67.14%. Los ítems con el más alto porcentaje de «excelentes» fueron los No 2, No 3, N° 6 y No 14. Los porcentajes más bajos corresponden a los ítems No 4, No 5, N°8 y No10 como se evidencia en la Tabla n°2.  **Tabla 2.** Porcentaje promedio de excelentes por ítem en el CAT valorado por pacientes simulados | | |
|  | **Ítem evaluados en la Communication Assessment Tool.** | **% promedio de excelentes** |
| **1** | Me saludó de una manera que me hizo sentir cómodo/a | 80% |
| **2** | Me trató con respeto | 100% |
| **3** | Mostró interés en mis ideas sobre mi salud | 100% |
| **4** | Comprendió mis principales preocupaciones sobre mi salud | 20% |
| **5** | Me puso atención (me miró, escuchó cuidadosamente) | 40% |
| **6** | Me dejó hablar sin interrupciones | 100% |
| **7** | Me dio toda la información que yo quería | 60% |
| **8** | Habló en términos que pude entender | 40% |
| **9** | Se aseguró que entendí todo lo que me dijo | 60% |
| **10** | Me animó a hacerle preguntas | 40% |
| **11** | Me incluyó en decisiones hasta donde yo quería participar | 60% |
| **12** | Habló conmigo de los siguientes pasos sobre mi tratamiento, incluso de los planes de seguimiento | 60% |
| **13** | Mostró su interés y preocupación | 80% |
| **14** | Me dedicó la cantidad debida de tiempo | 100% |
| Promedio | | 67,14% |

*CAT: Communication Assessment Tool.*

Por otra parte, los resultados de la aplicación del instrumento DASH, que fue aplicado a todos los estudiantes que participaron en el debriefing, incluidos los pacientes simulados, son los siguientes, la eficacia global de las 6 dimensiones de la DASH arrojó una nota promedio de 6,91 donde el máximo es 7; siendo la dimensión 4 la más baja calificada con nota 6,76, donde las letras A y D -en letra cursiva- fueron las más bajas evaluadas evidenciándose en la tabla 3.

**Tabla 3**. Valoración del Comportamiento del instructor en cada dimensión de la DASH

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Valoración** | **1** | **2** | **3** | **4** | | **5** | **6** | **7** |
| Descripción | Extremadamente | Consistentemente | Mayoritariamente inefectivo / | Algo | | Mayoritariamente efectivo / | Consistentemente efectivo / | Extremadamente |
| inefectivo / Perjudicial | inefectivo / Muy pobre | Pobre | efectivo / Promedio | | Bueno | Muy bueno | efectivo / Sobresaliente |
| **Elemento 1: El instructor estableció un ambiente para una experiencia de aprendizaje participativa.** | | | | | **Valoración del Elemento 1: 6,95** | | | | |
|  |
| A. El instructor se presentó, describió el entorno de la simulación, cuáles serían las expectativas durante la actividad e introdujo los objetivos de aprendizaje. | | | | | | | | | |  |
| B. El instructor explicó las fortalezas y debilidades de la simulación, y lo que yo podía hacer para aprovechar al máximo las experiencias clínicas simuladas. | | | | | | | | | |  |
| C. El instructor se preocupó de detalles logísticos según fue necesario, tales como la ubicación de los aseos, la disponibilidad de comida y el programa. | | | | | | | | | |  |
| D. El instructor me hizo sentir incentivado a compartir mis pensamientos y preguntas respecto a la simulación y el *debriefing*, y me aseguró que yo no sería avergonzado o humillado en el proceso. | | | | | | | | | |  |
| **Elemento 2: El instructor mantuvo un ambiente de aprendizaje participativo.** | | | | | **Valoración del Elemento 2: 7,0** | | | | |  |
|  |
| A. El instructor clarificó el propósito del *debriefing*, lo que se esperaba de mí y el rol del instructor en el debriefing. | | | | | | | | | |  |
| B. El instructor reconoció las preocupaciones respecto al realismo y me ayudó a aprender, aunque el(los) caso(s) era(n) simulado(s). | | | | | | | | | |  |
| C. Sentí que el instructor respetaba los participantes. | | | | | | | | | |  |
| D. El foco estaba en el aprendizaje y no en hacer sentir mal a la gente cuando se cometían errores. | | | | | | | | | |  |
| E. Los participantes pudieron compartir sus pensamientos y emociones sin temor a ser avergonzados o humillados. | | | | | | | | | |  |
| **Elemento 3: El instructor estructuró el *debriefing* de una manera organizada.** | | | | | **Valoración del Elemento 3: 6,9** | | | | |  |
|  |
| A. La conversación progreso de una manera lógica en lugar de saltar de tema en tema. | | | | | | | | | |  |
| B. Cerca del comienzo del *debriefing* yo fui incentivado a expresar mis reacciones genuinas respecto al(los) caso(s) y el instructor pareció considerar mis comentarios seriamente. | | | | | | | | | |  |
| C. Durante la parte central de la sesión, el instructor me ayudó a analizar acciones y procesos del pensamiento a medida que revisamos el(los) caso(s). | | | | | | | | | |  |
| D. Al final del *debriefing*, hubo una fase de síntesis donde el instructor ayudó a atar las observaciones y a relacionar el(los) caso(s) con maneras para mejorar mi práctica clínica futura. | | | | | | | | | |  |
| **Elemento 4: El instructor generó discusiones profundas que me hicieron reflexionar acerca de mi rendimiento.** | | | | | **Valoración del Elemento 4: 6,76** | | | | |  |
|  |
| *A. El instructor utilizó ejemplos concretos – no solamente comentarios abstractos o generalizados – para hacerme pensar respecto a mi rendimiento.* | | | | | | | | | |  |
| B. El punto de vista del instructor era claro; no tuve que adivinar qué era lo que estaba pensando el instructor. | | | | | | | | | |  |
| C. El instructor escuchaba y hacía sentir a la gente que eran escuchados al intentar incluir a todos, parafraseando y utilizando acciones no verbales, tales como el contacto visual, asentir con la cabeza, etc. | | | | | | | | | |  |
| *D. El instructor utilizó el video o datos grabados para apoyar el análisis y el aprendizaje.* | | | | | | | | | |  |
| E. Si es que alguien se disgustó durante el *debriefing*, el instructor fue respetuoso y constructivo en tratar de ayudarlo(a) a enfrentarse con ello. | | | | | | | | | |  |
| **Elemento 5: El instructor identificó lo que realice bien o pobremente – y por qué.** | | | | | **Valoración del Elemento 5: 6,9** | | | | |  |
|  |
| A. Recibí *feedback* concreto acerca de mi rendimiento o el de mi equipo, basado en la visión honesta y precisa del instructor. | | | | | | | | | |  |
| B. El instructor ayudó a explorar lo que yo estaba pensando o tratando de lograr en momentos claves. | | | | | | | | | |  |
| **Elemento 6: El instructor me ayudó a ver cómo lograr o mantener un buen rendimiento.** | | | | | **Valoración del Elemento 6: 7,0** | | | | |  |
|  |
| A. El instructor me ayudó a aprender cómo mejorar áreas débiles o a cómo repetir un buen rendimiento. | | | | | | | | | |  |
| B. Instructor tenía un buen nivel de conocimientos y los utilizó para ayudarme a ver cómo rendir bien en el futuro. | | | | | | | | | |  |
| C. El instructor se aseguró que cubriéramos temas importantes. | | | | | | | | | |  |

*DASH: Debriefing Assessment for Simulation – versión larga para participantes*

**Objetivo N°2**

***Comparar las actitudes positivas y negativas hacia la persona mayor en estudiantes de las carreras de Enfermería, Kinesiología y Nutrición y Dietética de Universidad Santo Tomás sede Antofagasta pre y post incorporación de experiencias de aprendizajes innovadoras a través del uso de simuladores.***

Para la determinación de las actitudes positivas o negativas de los/las estudiante hacia las personas mayores, se utilizó el cuestionario KOGAN, el cual fue aplicado en dos oportunidades; pre y post uso de experiencias de aprendizaje innovadoras a través del uso del simulador. Se confirmo la distribución normal de los datos a través de Shapiro-Wilk, por lo cual se procedió a utilizar la prueba estadística t student de medidas repetidas con la finalidad de comprobar la existencia de diferencia entre las medias de los dos periodos descritos anteriormente.

En la **Tabla 4**, se observan diferencias significativas entre los periodos pre y post uso de experiencias de aprendizaje innovadoras a través del uso del simulador, t(27) = -3,326, p = 0,003. Los puntajes promedio fueron M = 126,57 (DE = 11,19) en la medición pre y M = 134,82 (DE = 13,02) en el post. Lo que demuestra que las actitudes positivas hacia las personas mayores mejoran significativamente después de la experiencia de aprendizaje innovadora.

**Tabla 4.** Diferencias entre los periodos PRE y POST para la escala KOGAN.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Media** | **DE** | **DE. Error promedio** | **IC 95%** | | **t** | **gl** | **Sig.** |
| Inf | Sup |
| **Puntaje PRE vs POST** | -8,250 | 13,125 | 2,480 | -13,339 | -3,161 | -3,326 | 27 | ,003\* |

DE= Desviación estándar. IC 95% = Intervalo de confianza al 95%. t= valor t. gl = Grados de libertad. Sig. = Significancia. \* = p < 0,05.

Desde el punto de vista clasificatorio de esta escala la Tabla 5 evidencia que los estudiantes a pesar de haber mejorado significativamente los resultados, tanto el basal como el post uso del traje GERT los califica con una Actitud positiva a la vejez.

**Tabla 5.** Categorización periodos PRE y POST para la escala KOGAN

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Categoría** | **Frecuencia** | **Porcentaje** | **Porcentaje válido** |
| Clasificación escala KOGAN PRE | Actitud Positiva a la vejez | 28 | 100,0 | 100,0 |
| Clasificación escala KOGAN POST | Actitud Positiva a la vejez | 28 | 100,0 | 100,0 |

**Objetivo N°3**

***Comparar los niveles de respeto, asertividad y empatía en estudiantes de las carreras de Enfermería, Kinesiología y Nutrición y Dietética de Universidad Santo Tomás sede Antofagasta pre y post incorporación de experiencias de aprendizajes innovadoras a través del uso de simuladores*.**

Para la determinación de los niveles de respeto, asertividad y empatía hacia las personas mayores en los estudiantes participantes, se utilizó el cuestionario ERIP, RATHUS y JEFFERSON, respectivamente. Estos fueron aplicados en dos ocasiones; pre y post uso de experiencias de aprendizaje innovadoras a través del uso del simulador. Se confirmó la distribución normal de los datos a través de Shapiro-Wilk, encontrándose que solo RATHUS tenía una distribución normal, por lo cual se aplicó la prueba estadística t student de medidas repetidas con la finalidad de comprobar la existencia de diferencias entre las medidas de los dos periodos descritos anteriormente.

En la **Tabla 6**, se observan diferencias significativas en los puntajes promedios entre los periodos pre y post uso de experiencias de aprendizaje innovadoras a través del uso del simulador para el cuestionario RATHUS, t(27) = -2,445, p = 0,021. Los puntajes promedio fueron M = 0,29 (DE = 14,84) en la medición pre y M = 7,36 (DE = 15,46) en el post. Lo que demuestra que la asertividad mejora significativamente después de la experiencia de aprendizaje innovadora.

**Tabla 6.** Diferencias entre los periodos PRE y POST para la escala RATHUS.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Media** | **DE** | **DE. Error promedio** | **IC 95%** | | **t** | **gl** | **Sig.** |
| Inf | Sup |
| **Puntaje PRE vs POST** | -7,071 | 15,304 | 2,892 | -13,006 | -1,137 | -2,445 | 27 | ,021\* |

DE= Desviación estándar. IC 95% = Intervalo de confianza al 95%. t= valor t. gl = Grados de libertad. Sig. = Significancia. \* = p < 0,05.

Desde el punto de vista clasificatorio de esta escala la Tabla 7 evidencia que los estudiantes modificaron sus categorías de asertividad post uso del traje GERT, aumentando el número de sujetos asertivos.

**Tabla 7.** Categorización periodos PRE y POST para la escala RATHUS.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Categoría | | **Frecuencia** | **Porcentaje** | **Porcentaje acumulado** |
| RATHUS PRE | **Asertivo** | 1 | 3,6 | 3,6 |
| **Asertividad Confrontativa** | 20 | 71,4 | 75,0 |
| **Asertivo** | 2 | 7,1 | 82,1 |
| **Inasertivo** | 4 | 14,3 | 96,4 |
| **Muy asertivo** | 1 | 3,6 | 100,0 |
| **Total** | 28 | 100,0 |  |
| RATHUS POST | **Asertividad confrontativo** | 20 | 71,4 | 71,4 |
| **Asertivo** | 7 | 25,0 | 96,4 |
| **Muy asertivo** | 1 | 3,6 | 100,0 |
| Total | 28 | 100,0 |  |

Para los cuestionarios ERIP y JEFFERSON, se utilizó la prueba no paramétrica de Friedman. En la **Tabla 8.** se observan los resultados obtenidos. No se encontraron diferencias significativas en las distribuciones entre los periodos pre y post uso de experiencias de aprendizaje innovadoras a través del uso del simulador para los cuestionarios ERIP ni JEFFERSON, obteniendo χ2 (1) = 1,286, p = 0,257 y χ2 (1) = 0,0571, p = 0,450, respectivamente. Los puntajes promedio para ERIP fueron M = 59,25 (DE = 5,62) en la medición pre y M = 59,64 (DE = 10,59), mientras que para JEFFERSON fueron M = 83,50 (DE = 9,05) en la medición pre y M = 84,96 (DE = 6,83) para JEFFERSON. Lo que demuestra que tanto la empatía como el respeto no mejoraron significativamente después de la experiencia de aprendizaje innovadora.

**Tabla 8.** Diferencias entre los periodos PRE y POST para las escalas ERIP y JEFFERSON.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Escala** | **RM PRE** | **RM POST** | **χ²** | **Gl** | **Sig.** |
| **RM ERIP PRE vs POST** | 1,39 | 1,61 | 1,286 | 1 | 0,257 |
| **RM JEFFERSON PRE vs POST** | 1,57 | 1,43 | 0,571 | 1 | 0,450 |

RM= Rango medio. χ²= estadístico de contraste. gl = Grados de libertad. Sig. = Significancia. \* = p < 0,05.

**Objetivo N°4**

***Establecer necesidad de generar programas interdisciplinares en asignaturas de temáticas comunes en estudiantes de las carreras de Kinesiología, Enfermería y Nutrición y Dietética de Universidad Santo Tomás sede Antofagasta.***

Para la valoración de este objetivo se recopiló la información aportada por el instrumento “Experiencia vivida” entregada por los estudiantes acorde con la experiencia de simulación clínica interdisciplinar, la experiencia vivida y la participación en el proyecto en sí. Respecto a la vivencia se observan comentarios altamente positivos en donde se reconoce como una valiosa oportunidad de crecimiento personal y profesional, que no solo reforzó sus habilidades, sino que también mejoró su capacidad de empatizar con los adultos mayores. Por otra parte, en relación con la simulación clínica interdisciplinar tuvo una alta valoración por parte de los participantes, siendo considerada una herramienta esencial para el aprendizaje y el desarrollo profesional, con muchos estudiantes expresando su deseo de que este tipo de actividades se sigan implementando en el futuro. Además, se observa que quienes utilizaron el traje destacaron el impacto positivo y el cambio en su visión hacia el envejecimiento. Finalmente, el proyecto tuvo una valoración positiva por parte de los estudiantes, valorándolo como enriquecedor, que debería repetirse y ser accesible a más estudiantes, con algunas mejoras menores para maximizar su efectividad.

En relación con la experiencia docente, se recopiló la información del instrumento “Experiencia Vivida”, evidenciándose que la simulaciónclínica interdisciplinaria es vista como una herramienta educativa valiosa que fomenta el aprendizaje colaborativo, la toma de decisiones, el liderazgo y el desarrollo de competencias en un entorno seguro y realista, contribuyendo a la formación integral de los estudiantes. Los docentes mostraron un alto nivel de compromiso con los estudiantes logrando avances y aportando su experiencia en el debriefing. En cuando a sugerencias, incluyen desarrollar escenarios equitativos entre disciplinas, aumentar las oportunidades de simulación en momentos con menos carga académica, e incluir talleres interdisciplinarios en el currículo, reforzando el trabajo en equipo entre distintas áreas (Anexo 3)

**Anexo: Rendimiento académico**

El análisis comparativo del rendimiento académico evidencia un impacto positivo tras la implementación del simulador geriátrico GERT en las asignaturas del primer semestre. Si bien los porcentajes de aprobación se mantuvieron en un 100% tanto en 2023 como en 2024 para todas las carreras, se observa una mejora significativa en las notas promedio. En Enfermería, la calificación promedio aumentó en 0,8 puntos (de 5,1 a 5,9), mientras que en Kinesiología subió 0,3 puntos (de 5,3 a 5,6), y en Nutrición y Dietética creció 0,2 puntos (de 5,1 a 5,3). Esta tendencia también se reflejó en las asignaturas de continuación del segundo semestre: Enfermería y Kinesiología mejoraron sus tasas de aprobación del 98% y 97% en 2023 a un 100% en 2024, eliminando completamente la reprobación. Esto sugiere no solo un mejor desempeño inmediato, sino también una consolidación de aprendizajes a mediano plazo. Cabe destacar que no fue posible realizar este análisis en Nutrición y Dietética, ya que la asignatura no cuenta con una continuación en el plan de estudios.

Rendimiento Académico Asignatura involucrada en Proyecto

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Carrera** | **Sin implementación traje GERT** | | | **Con implementación traje GERT** | | | **Variación Rendimiento** |
| *% Aprobación I-2023* | *% Reprobación I-2023* | *Nota Promedio* | *% Aprobación I-2024* | *% Reprobación I-2024* | *Nota Promedio* |
| Enfermería | 100% | 0% | 5,1 | 100% | 0% | 5,9 | 0,8 |
| Kinesiología | 100% | 0% | 5,3 | 100% | 0% | 5,6 | 0,3 |
| Nutrición y Dietética | 100% | 0% | 5,1 | 100% | 0% | 5,3 | 0,2 |

Rendimiento Académico en asignaturas de continuación de la línea

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Carrera** | **Sin implementación traje GERT** | | **Con implementación traje GERT** | |
| *% Aprobación II-2023 Asignatura de Continuación* | *% Reprobación II-2023 Asignatura de Continuación* | *% Aprobación II-2024 Asignatura de Continuación* | *% Reprobación II-2024 Asignatura de Continuación* |
| Enfermería | 98% | 2% | 100% | 0% |
| Kinesiología | 97% | 3% | 100% | 0% |

Se realizaron todas las actividades programadas y comprometidas.

1. **PRODUCTOS GENERADOS POR EL PROYECTO**

* **En relación con el objetivo específico 1**

*Generar y aplicar experiencias de aprendizaje innovadoras e interdisciplinares en estudiantes de las carreras de Kinesiología, Enfermería y Nutrición y Dietética de Universidad Santo Tomás sede Antofagasta, a través del uso de simuladores en las asignaturas Gestión del cuidado del adulto y adulto mayor hospitalizado médico, Gerontología y Gerontogeriatría.* Se han elaborado;

Escenarios de Simulación clínica Interdisciplinar creados por el equipo investigador

* **Taller presencial N°1 (Alta Fidelidad)**: Educación Integral al alta hospitalaria para Persona Mayor Frágil en Unidad Geriátrica de Agudos (UGA)
* **Taller presencial N°2 (Alta Fidelidad)**: Aplicación de orientaciones interdisciplinares en paciente mayor en el marco del Examen de Funcionalidad del Adulto Mayor (EFAM)
* **Taller presencial N°3 (Alta Fidelidad)**: Visita Domiciliaria Integral a persona con dependencia severa y su cuidador.

Todos los escenarios incluyen, además del taller, guión paciente simulado, rúbrica formativa de evaluación escenario, guía de taller para estudiantes, lectura previa y anexos respectivos. Para mayor detalle revise el Anexo 4.

Cabe señalar que dichos escenarios fueron registrados a través de grabación de video y audio según los protocolos establecidos por el centro de simulación clínica.

* **En relación con el objetivo específico 4**

*Establecer necesidad de generar programas interdisciplinares en asignaturas de temáticas comunes en estudiantes de las carreras de Kinesiología, Enfermería y Nutrición y Dietética de Universidad Santo Tomás sede Antofagasta*.

* + Se recopiló información mediante pool de preguntas (anexo 1) exprofeso creado por equipo investigador y validado por grupo de expertos (Directora Centro de Aprendizaje y docentes licenciados en pedagogía con magister en educación) aplicadas a todos los estudiantes:
    - Comente la experiencia vivida
    - Comente su opinión sobre la simulación clínica interdisciplinaria
    - ¿Sus percepciones sobre el envejecimiento han cambiado luego de usar el traje y Experimentar la personificación? Si no lo utilizó colocar No lo utilicé
    - ¿Algún/algunos Comentarios Adicionales sobre la participación y ejecución del proyecto en sí?

De forma paralela fue aplicada a los docentes que lideraban las asignaturas involucradas, así como el equipo investigador. Estas preguntas tuvieron una ligera variación en relación con las anteriores:

* Comente su opinión sobre la simulación clínica interdisciplinaria
* Comente su visión sobre la participación de los docentes y estudiantes en el proyecto
* Indique algún comentario, sugerencia o mejoras que pudiera considerarse a futuro
* **En relación con la difusión de la experiencia**

Por parte del equipo de Extensión y Comunicaciones de sede, se realizaron diversas notas periodísticas asociadas:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de comunicación (vocería, columnas en medios escritos y/o digitales, radio, otros)** | **Medio** | **Fecha** | **Medio de verificación (URL u otro)** |
| NOTICIA PRENSA DIGITAL- Universidad Santo Tomás se adjudicó traje de simulación de edad en Antofagasta | Antofagastanoticias | 06-09-2024 | <https://www.antofagastanoticias.cl/2024/09/06/universidad-santo-toms-se-adjudic-traje-de-simulacin-de-edad-en-antofagasta/33100> |
| NOTICIA PRENSA DIGITAL- En Antofagasta implementa simulador gerontológico para enseñar cuidado de personas mayores | El referente Noticias de Calama | 06-09-2024 | <https://elreferente.cl/universidad-santo-tomas-implementa-simulador-gerontologico-para-ensenar-cuidado-de-personas-mayores/> |
| NOTICIA PRENSA DIGITAL- Universidad Santo Tomás se adjudicó traje de simulación de edad en Antofagasta | Regionesnoticias | 06-09-2024 | <https://regionesnoticias.cl/antofagasta/2024/09/06/universidad-santo-tomas-se-adjudico-traje-de-simulacion-de-edad-en-antofagasta/45609> |
| NOTICIA PRENSA FISICA Y DIGITAL- Reciben simulador para formación sobre el cuidado de adultos mayores | La Estrella Antofagasta | 11-09-2024 | <https://www.estrellaantofagasta.cl/impresa/2024/09/11/papel/> |
| NOTICIA PRENSA FISICA Y DIGITAL - U Santo Tomás se adjudicó traje de simulación de edad en Antofagasta | El Mercurio de Antofagasta | 20-09-2024 | https://www.mercurioantofagasta.cl/impresa/2024/09/20/full/cuerpo-principal/3/ |

Para acceder a todos los videos e imágenes del proyecto, haga clic en el siguiente enlace: [Evidencias Proyecto CIED Envejecimiento en Primera Persona](https://alumnossantotomas-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/danielaroblesta_santotomas_cl/Eml8wydIX7NCtprPW7a5UX4BrNXFXhzlQK2_mzsfrhjnJg?e=dQLsb7)

1. **PRESUPUESTO DETALLADO SEGÚN LOS RECURSOS ASIGNADOS AL PROYECTO APROBADO Y CONSIDERANDO LAS MODIFICACIONES REALIZADOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRESUPUESTO** | | **GASTADO** | |  |
| **ITEM** | **Aprobado** | **2023** | **2024** | **Total, gastado** |
| Honorarios | - | - | - | - |
| Viajes | - | - | - | - |
| Gastos de Operación | - | - | - | - |
| Bienes de Capital | $1.800.000 |  | $2.484.054,75 | $1.966.800,75 (€ 1915 Traje)  $517.254 (Aduana) |
| **TOTAL** |  |  | $2.484.054,75 | $2.484.054,75 |
| **Aprobado** |  |  | $2.484.054,75 | $2.484.054,75 |

1. **PRINCIPALES DIFICULTADES.**

Proceso de compra e implementación de simulaciones

Al ser un proveedor externo y fuera del país, la llegada del simulador a sede se extendió de sobremanera según lo planificado en el cronograma de actividades inicial, siendo que las gestiones comenzaron de acuerdo con los plazos y periodos solicitados por CIED. Esto generó una alteración del cronograma inicial y, sobre todo, impidió el inicio de actividades asociadas al calendario académico y estudiantil, por lo cual las actividades de simulación se pudieron realizar recién al comienzo del segundo semestre, afectando fuertemente el diseño del proyecto.

Escasa evidencia empírica sobre simulación clínica con enfoque en la interdisciplinaridad

Se ha evidenciado un preocupante vacío teórico asociado a simulación clínica con enfoque en la interdisciplinaridad. La escases teórica, demostrada en el bajo número de publicaciones al respecto, ha dificultado el diseño metodológico y la comparativa de los resultados, además de la poca definición existente sobre el constructo asociado al tiempo para la adquisición de habilidades en el contexto de simulación clínica.

1. **CONCLUSIONES**

La implementación del simulador de envejecimiento GERT permitió a los estudiantes vivenciar las limitaciones físicas y sensoriales propias de las personas mayores, mejorando significativamente su empatía y comprensión de este grupo etario modificando sus percepciones de viejismo en un 6.51%, pues previo al uso del simulador, los estudiantes presentaban un puntaje promedio de M = 126,57 con una desviación estándar (DE) de 11,19, lo que indica actitudes positivas hacia las personas mayores, pero con espacio para mejora y después del uso del simulador, el puntaje promedio aumentó significativamente a M = 134,82 (DE = 13,02), mostrando una mejora clara en las actitudes positivas hacia este grupo etario. La prueba estadística t Student confirma que esta mejora es significativa con un valor t(27) = -3,326, p = 0,003.

En relación a la asertividad, esta mejoró 2437,93% debido a que los puntajes promedios en asertividad aumentaron de M = 0,29 (DE = 14,84) en la medición previa a M = 7,36 (DE = 15,46) tras la experiencia innovadora. Este cambio también es significativo, con t (27) = -2,445, p = 0,021, lo que demuestra un incremento notable en la capacidad de los estudiantes para expresar de manera efectiva sus pensamientos y necesidades en contextos sociales, además es importante señalar que previo al uso del simulador, solo 1 estudiante (3,6%) se clasificaba como "Asertivo" y 4 (14,3%) como "Inasertivos"; después de la experiencia, 7 estudiantes (25%) alcanzaron la categoría de "Asertivo", y ningún estudiante permaneció en la categoría "Inasertivo". Esto refleja un avance importante en las habilidades sociales de los participantes

Finalmente, en relación a respeto y empatía los puntajes no mostraron diferencias significativas entre los periodos pre y post (χ²(1) = 1,286, p = 0,257 y χ²(1) = 0,571, p = 0,450, respectivamente).

Aunque no hubo una mejora estadísticamente significativa, los promedios post medición reflejan una ligera tendencia al alza: M = 59,64 para respeto y M = 84,96 para empatía.

Entre los principales resultados, se destaca la disminución de conductas edadistas y el incremento en las actitudes positivas hacia los adultos mayores, demostrando que la simulación es una herramienta eficaz para modificar percepciones y estereotipos; aunque empatía y respeto no presentaron mejoras significativas, los resultados sugieren que futuras intervenciones podrían complementarse con actividades diseñadas específicamente para desarrollar estas dimensiones. Asimismo, los estudiantes mejoraron sus habilidades clínicas y de comunicación interdisciplinaria, lo que refuerza la importancia de incorporar este tipo de innovaciones pedagógicas en la enseñanza universitaria.

Por otra parte, la experiencia no solo permitió a los estudiantes mejorar sus competencias técnicas, sino que también consolidó su capacidad de trabajar en equipo, con una mayor sensibilidad hacia las necesidades biopsicosociales de las personas mayores. El impacto positivo en el proceso de aprendizaje y la relevancia de esta metodología sugieren la necesidad de continuar integrando este tipo de experiencias innovadoras en la formación de profesionales de la salud.

Finalmente, es fundamental realizar más investigaciones sobre la **simulación clínica interdisciplinaria** para obtener evidencia robusta, y validar los hallazgos en un contexto colaborativo entre disciplinas, evaluando el impacto específico de la simulación interdisciplinaria en la formación de equipos de salud y su efectividad en la práctica clínica. Esto facilitaría la creación de estándares más sólidos y recomendaciones basadas en evidencia para optimizar el aprendizaje y el desempeño profesional en escenarios reales.

1. **PROYECCIONES – CONTINUIDAD**

Es importante mencionar que, como equipo investigador, creemos que la continuidad en la ejecución de este proyecto y la difusión de la experiencia, tanto de docentes como estudiantes, con equipos interdisciplinarios de otras sedes, puede contribuir enormemente en la formación integral de los estudiantes, es por ello que consideramos una futura postulación a concursos internos o externos para continuar con su desarrollo.

En relación con el proceso de simulación clínica, en primera instancia, como equipo se propuso formular otro set de escenarios interdisciplinares para poder ejecutarlo con estudiantes de las diferentes carreras de forma voluntaria. Estos escenarios incluirán otros contextos de atención clásica de personas mayores. En segundo lugar, se espera poder hacer una continuación del proyecto, con una ejecución más secuencial asociada a los programas y contenidos, así como en su complejidad. Por lo que se espera que podamos conseguir fondos para la compra de accesorios que incluye este mismo simulador que nos permitirán recrear la marcha inestable, simular la postura cifótica, la presencia de EPOC, temblores esenciales y parkinsonismo, tinnitus, dolores en distintos puntos corporales, hemiparesia y contar con lentes que simulan 6 enfermedades oculares comunes como: degeneración macular, cataratas, glaucoma, desprendimiento de retina, retinopatía diabética y retinitis pigmentosa.

1. **CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**



1. **BIBLIOGRAFÍA**.

Armijo-Rivera, S., Behrens, C. C., Giaconi, M. E., Hurtado, A. S., Fernandez, M. R., Parra, P. A., Morales, M. V., & Makoul, G. (2021). Validación de la versión en español de un instrumento de evaluación de la comunicación centrada en el paciente en OSCE. *Educación Médica*, *22*(4), 193–198. https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.12.007

Brett-Fleegler, M., Rudolph, J., Eppich, W., Monuteaux, M., Fleegler, E., Cheng, A., & Simon, R. (2012). Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, *7*(5), 288–294. https://doi.org/10.1097/SIH.0b013e3182620228

Chang, E.-S., Kannoth, S., Levy, S., Wang, S.-Y., Lee, J. E., & Levy, B. R. (2020). Global reach of ageism on older persons’ health: A systematic review. *PLOS ONE*, *15*(1), e0220857. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857

Donoso-Stuardo. Paula, Macías-Inzunza. Lylian, Herrera-Aliaga. Eduardo, Moyano-Silva. Pablo, & Cortés. Manuel E. (2024). Evaluación de un programa de entrenamiento interprofesional a través de simulación clínica en un hospital público. *BENESSERE - Revista de Enfermería*, *9*(1). https://doi.org/https://doi.org/10.22370/bre.91.2024.3839

Gerhardy, T. H., Schlomann, A., Wahl, H.-W., & Schmidt, L. I. (2022). Effects of age simulation suits on psychological and physical outcomes: a systematic review. *European Journal of Ageing*, *19*, 953–976. https://doi.org/10.1007/s10433-022-00722-1

Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Cohen, M. J. M., Gonnella, J. S., Erdmann, J. B., Veloski, J., & Magee, M. (2001). The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data. *Educational and Psychological Measurement*, *61*(2), 349–365. https://doi.org/10.1177/00131640121971158

Instituto Nacional de Estadísticas. (n.d.). *Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992-2050 Síntesis de Resultados*. Retrieved September 25, 2024, from https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/proyecciones-de-poblacion/publicaciones-y-anuarios/base-2017/ine\_estimaciones-y-proyecciones-de-población-1992-2050\_base-2017\_síntesis.pdf?sfvrsn=c623983e\_6

Leon, T., & Bozanic, A. (2022). Viejismo y su efecto en Salud. *REV. CHIL NEURO-PSIQUIAT* , *60*(4), 497–499. www.sonepsyn.cl

Madrigal, M. L. (2009). *Review of the rathus assertiveness scale adapted by leon and vargas .*

Ortiz-Rubio, A., Lobato, R. M., & Valenza, M. C. (2020). Kogan’s Attitude toward Old People scale revisited: Psychometric properties and recommendations. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *90*, 104159. https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104159

Rodriguez-Molinero, J., Delgado-Somolinos, E., Miguelañez-Medrán, B. C., Ramirez-Puerta, R., Corral-Liria, I., Jiménez-Fernández, R., Losa-Iglesias, M. E., & López-Sánchez, A. F. (2024). Use of an age-simulation suit as an empathy-building method for dental students: a pre-post study. *PeerJ*, *12*, e17908. https://doi.org/10.7717/peerj.17908

Sirlopú Díaz, D., Pérez-Salas, C. P., Villarroel, V., García, C., Barrera, K., Fierro, E., & Castillo, I. (2019). Adaptación y validación de la versión en español de la Escala de Respeto Incondicional hacia las personas en una muestra de escolares chilenos. *Universitas Psychologica*, *18*(1), 1–13. https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy18-1.avve

Diagrama

Descripción generada automáticamente con confianza bajaTexto, Pizarra

Descripción generada automáticamente

-------------------------------------------------- --------------------------------------------------

**Firma del Académico Responsable (1) Firma del Académico Responsable (2)**

Mg. Daniela Robles Tapia Mg. Felipe González Fernández

|  |
| --- |
| **IMPORTANTE:**  1.- Los Informes deben incluir toda la información solicitada y debidamente firmada por los investigadores responsables del Proyecto. |

1. **Anexos 1: Instrumento Creado Experiencia Vivida**

**Instrumento “Experiencia vivida”**: Creado por el equipo con la finalidad de recolectar datos cualitativos orientados a conocer la experiencia más personal de los estudiantes y docentes que estuvieron en al menos un escenario de simulación clínica. Se creó una versión diferente para estudiantes y docentes, pero manteniendo el foco de rescatar la experiencia.

Se realizó validez de contenidos con un grupo de expertos de la Universidad, todos Licenciados en Pedagogía y Magister en Pedagogía en Educación Superior.

Los instrumentos en detalles los encuentra en este enlace: [Anexo 1](https://alumnossantotomas-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/danielaroblesta_santotomas_cl/EhaKlLdZmDlMmmCvJXU9-aIBy9DT9agSqZMjPlvpYwAvYQ?e=E31Vh0)

1. **Anexos 2: Instrumentos Utilizados**

**Test de asertividad de Rathus***:* Para evaluar el asertividad se utiliza el test de Asertividad de Rathus(Madrigal, 2009), el cual contiene 30 ítems con 6 opciones de respuesta en una escala tipo Likert para valorar los niveles de asertividad de los participantes. El puntaje máximo para obtener es 90 puntos. Los rangos obtenidos se clasifican como: Definitivamente asertivo (61a 90 puntos), Muy asertivo (31 a 60 puntos), Asertivo (16 a 30 puntos), Asertividad confrontativa (-15 a 15 puntos), Inasertivo (-16 a –30 puntos), Muy inasertivo (-31 a –60 puntos), Definitivamente inasertivo (-61 a –90 puntos). El alfa de Cronbach fue de X.

**Escala de Respeto Incondicional hacía las personas. (ERIP):** Para evaluar el respeto se utiliza la Escala de Respeto Incondicional hacía las personas (ERIP) que mide las actitudes positivas hacia la autonomía, la igualdad y la integridad de los seres humanos (Sirlopú Díaz et al., 2019). Contiene 12 ítems para determinar con 6 opciones de respuesta en una escala tipo Likert el nivel de respeto, donde el puntaje mínimo es de 12 puntos y el máximo de 84 puntos. A mayor puntaje obtenido, mayor nivel de respeto.

**Escala de Empatía de Jefferson***.:* Para determinar la empatía se utiliza la Escala de Empatía de Jefferson la cual evalúa 3 componentes: cuidados compasivos (CC), tomar la perspectiva del paciente (TPP) y Habilidad para ponerse en los zapatos del otro (HPZO) (Hojat et al., 2001). Contiene 20 ítems con opción de responder en una escala Likert de 7 opciones categóricas siendo el 1 totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo. La puntuación va desde 20 puntos hasta 140 puntos, siendo el nivel de empatía directamente proporcional al puntaje obtenido.

**Escala de actitudes hacia el adulto mayor de Kogan (Kogan´s Attitudes towards Older People: KAOP):** Este instrumento mide las percepciones y actitudes, tanto positivas como negativas, hacia las personas mayores, identificando prejuicios y estereotipos que pueden influir en su trato.(Ortiz-Rubio et al., 2020) Consta de 34 ítems, divididos en 17 de actitudes positivas y 17 de actitudes negativas, evaluados en una escala Likert de 6 puntos. Una puntuación alta en actitudes positivas refleja una visión favorable, mientras que una puntuación alta en actitudes negativas indica prejuicios hacia los mayores. La suma de ambas subescalas ofrece una evaluación global de las actitudes del encuestado.

Los instrumentos en detalles los encuentra en este enlace: [Anexo 2](https://alumnossantotomas-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/danielaroblesta_santotomas_cl/EoUnfoF7kd5IoOm2m7byFd4Bss2XIYDsZ_HjMtr9Vqlh2Q?e=DCA21T)

1. **Anexos 3: Apreciaciones Instrumento Experiencia Vivida**

Se recopilaron todos los comentarios, realizando una conclusión de acuerdo con lo indicado.

Si desea más detalles, los encuentra en este enlace [Anexo 3](https://alumnossantotomas-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/danielaroblesta_santotomas_cl/EmBXGeqAYTlGn5LT9AakW4wBGuIuvXjpHAAEFbvzagUvuQ?e=u7YbDl)

1. **Anexo 4: Escenarios Simulación Clínica**

Todos los implementos necesarios para los escenarios creados por el equipo, los encuentra en este enlace [Anexo 4](https://alumnossantotomas-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/danielaroblesta_santotomas_cl/EqprJreCma1BgpUl1BLHh5ABp7kWR_zCrF-5D5pTTXwSZg?e=A0hLSF)