

ASPE SOBP Spanish Translation Introduction

Introducción a la versión en español

Los Estándares de Mejores Prácticas (EMP) de la Asociación de Educadores de Pacientes Estandarizados, publicados en *Advances in Simulation* en 2017, representan un hito importante en el desarrollo de la metodología de Pacientes Simulados y la profesionalización de las prácticas de aquellos que trabajan con esta metodología.

Los EMP de ASPE, diseñados en conjunto con otros estándares de simulación, tales como aquellos desarrollados por INACSL, se enfocan en entregar principios y prácticas que contribuyen a garantizar la seguridad y efectividad relacionadas con el trabajo de todos los roles humanos involucrados en la simulación. A la fecha, los EMP se han publicado en inglés y japonés. Aun cuando los EMP se están implementando en muchos países de habla inglesa, puede existir una barrera relacionada con la puesta en práctica de estos estándares en países donde el inglés no es la lengua materna. Dado que la misión de ASPE es global, el Comité Internacional de ASPE ha iniciado la traducción de estos estándares a otros idiomas. La versión en español ahora está disponible en el sitio web de ASPE <https://www.aspeducators.org/standards-of-best-practice>. Esta iniciativa representa una de las muchas traducciones de los EMP de ASPE a otros idiomas, para asegurar que los simulacionistas alrededor del mundo, se beneficien del uso de estos estándares.



Estándares de mejores prácticas de la Asociación de Educadores de Pacientes Estandarizados (ASPE)

Karen L. Lewis^{1*}, Carrie A. Bohnert², Wendy L. Gammon³, Henrike Hölzer⁴, Lorraine Lyman⁵, Cathy Smith⁶, Tonya M. Thompson⁷, Amelia Wallace⁵ y Gayle Gliva-McConvey⁵

Referencia: Lewis et al. *Advances in Simulation* (2017) 2:10 DOI 10.1186/s41077-017-0043-4

Correspondencia: kklewis@gwu.edu

1 Clinical Learning and Simulation Skills Center, The George Washington University School of Medicine and Health Sciences, Washington, DC, USA.

2 Standardized Patient Program, University of Louisville School of Medicine, Louisville, KY, USA.

3 New England Clinical Skills Consulting, Westborough, MA, USA.

4 Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Neuruppin, Germany.

5 Sentara Center for Simulation and Immersive Learning, Eastern Virginia Medical School, Norfolk, VA, USA.

6 Division of Training and Simulation, The Centre for Education and Knowledge Exchange in Aging, Baycrest Health Sciences, Toronto, Ontario, Canada.

7 Simulation and Education Center, Arkansas Children's Hospital, University of Arkansas for Medical Sciences, Little Rock, AR, USA.

Resumen

En este documento se definen los Estándares de Mejores Prácticas (EMP) de la Asociación de Educadores de Pacientes Estandarizados (ASPE, *Association of Standardized Patient Educators*) para quienes trabajen con actores que interactúan con estudiantes en una amplia gama de aprendizaje experiencial, como de contextos de evaluación. Estos intérpretes de roles humanos son descritos de diversas maneras, con términos tales como Pacientes Estandarizados/Simulados o Participantes Simulados (PS). ASPE es una organización global cuya misión es compartir avances en pedagogía, evaluación, investigación y formación continua basada en PS, así como apoyar el desarrollo profesional de sus miembros. Se pretende que los EMP sean utilizados en conjunto con los "Estándares de mejores prácticas" de la Asociación Internacional de Enfermería para la Simulación Clínica y el Aprendizaje (*INACSL, International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning*) que abordan prácticas más amplias de simulación.

En primer lugar, se entrega una justificación para la elaboración de los EMP de ASPE, destacando que, ante la creciente aplicación de la simulación en capacitaciones del personal de salud, a ASPE le corresponde establecer EMP que garanticen el crecimiento, la integridad y la aplicación segura de los esfuerzos educativos basados en PS. Prosiguiendo, se describe el proceso, de tres años y medio, de desarrollo de estos estándares por un consenso de expertos internacionales en el área. Se definen los términos clave utilizados en todo el documento y los cinco valores subyacentes de EMP: seguridad, calidad, profesionalismo, responsabilidad y colaboración. Finalmente, se describen cinco dominios de mejores prácticas: 1.- Ambiente de trabajo seguro; 2.- Desarrollo de casos; 3.- Entrenamiento de PS en sus roles (representación, retroalimentación y preparación para aplicar los instrumentos de evaluación); 4.- Gestión de programas; y, 5.- Desarrollo profesional. Cada dominio está dividido en un conjunto de principios, asociados a prácticas claves, que proporcionan pautas claras y prácticas para lograr los resultados deseados y crear simulaciones seguras para todas las partes involucradas. La falta de cumplimiento de los EMP de ASPE podría comprometer la seguridad de los participantes y la efectividad de una sesión de simulación. Especial cuidado se ha tenido en que estas directrices sean lo suficientemente precisas, pero también lo suficientemente flexibles, como para abordar la diversidad de contextos diferentes de la práctica de PS. Como un documento dinámico, estos EMP de ASPE serán revisados y modificados periódicamente bajo la dirección del Comité de Práctica de los Estándares de ASPE, en la medida que la metodología de PS crezca y se adapta a evolución de las prácticas de simulación.

Palabras clave: Simulación de Pacientes, Entrenamiento en Simulación, Estándares, Paciente Simulado, Paciente Estandarizado, Metodología del Paciente Simulado, Metodología del Paciente Estandarizado, Diseño de casos, Comentarios, Capacitación.

Introducción

La simulación humana es una metodología reconocida que involucra a personas que interpretan roles e interactúan con estudiantes en una amplia gama de experiencias de aprendizaje y evaluación. En un inicio, quienes asumieron el rol de interpretar pacientes se denominaron Pacientes Estandarizados o Simulados (PS). En los últimos años, los PS pueden representar un amplio rango de roles (por ejemplo: usuarios de salud, familiares de pacientes, profesionales de la salud). Hay un creciente reconocimiento del uso de la metodología PS y su aplicación en cualquier modalidad de simulación (por ejemplo, como confederados; o, estudiantes interpretando roles distintos a los propios; o, técnicos operando un maniquí). Al mismo tiempo, puede haber distinciones en la naturaleza, alcance y función de quienes representan esos roles. Por ejemplo, se ha descrito a los confederados como profesionales de la salud que se “insertan” en un escenario para guiarlo, mientras que los PS actúan como un representante de la persona que interpretan y con frecuencia carecen de conocimientos profesionales de salud [1, 2].

La Asociación de Educadores con Pacientes Estandarizados (ASPE) es una organización global enfocada en la simulación [3]. La misión de la ASPE es compartir los avances en pedagogía, evaluación, investigación y formación continua basados en PS. También apoya el desarrollo profesional de quienes se dedican a la simulación humana. Por tanto, es de interés de ASPE pronunciarse sobre los valores que sustentan estas actividades y establecer Estándares de Buenas Prácticas (EMP) que aseguren el crecimiento y la integridad de los esfuerzos basados en PS.

Los EMP de ASPE proporcionan directrices claras y prácticas a los educadores que trabajen con PS. Se ha tenido cuidado en que estas directrices sean precisas y, sin embargo, lo suficientemente flexibles como para abordar la diversidad de contextos de la práctica con PS. Las prácticas de simulación en su sentido más amplio se abordan en los Estándares de Buenas Prácticas de la Asociación Internacional de Enfermería para Simulación Clínica y Aprendizaje: Simulación (*INACSL, International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning*) [4–11]. Los EMP de ASPE están diseñados para ser utilizados en conjunto con los estándares de INACSL. Las potenciales consecuencias de no seguir los EMP de ASPE comprometen tanto la seguridad de los participantes como la efectividad de una sesión de simulación.

Proceso de desarrollo de EMP de ASPE

Los EMP de ASPE han sido definidos por las opiniones consensuadas de varios educadores expertos en el campo de la metodología de PS. Como expertos han sido consideradas a personas que han contribuido en gran medida al alcance y desarrollo de la metodología de PS, desde sus inicios en 1964. Este consenso se basa en evidencias y prácticas, de una variedad de fuentes y métodos, y refleja las perspectivas de muchas culturas y áreas de práctica. Además de citar referencias específicas dentro del documento, se ofrece también una lista de referencias fundamentales utilizadas en su creación (Archivo Adicional 1: Lista de lecturas Esenciales).

El desarrollo de los estándares comenzó en una reunión de un grupo de expertos norteamericanos en el campo de la metodología de trabajo con PS (diciembre, 2013), seleccionados por la entonces presidente de ASPE, Gayle Gliva-McConvey, y la presidenta del Comité ASPE de Estándares de Práctica, Wendy Gammon (Tabla 1). Se utilizó un proceso Delphi modificado [12] para identificar los dominios que forman la base de este

documento. Se presentó un borrador de esta primera ronda en enero de 2014, en una reunión de la Junta Directiva de ASPE. La segunda ronda buscó ampliar la visión con la inclusión de expertos de ASPE de fuera de América del Norte para revisar los dominios y sus principios (tabla 2). La tercera ronda consistió en un consenso final separado para la unificación de este documento por un equipo de revisores (junio de 2016) convocados por de la Junta de Directores de ASPE (Tabla 3). Estos expertos hicieron las revisiones finales (incluido el cambio del título del borrador de Estándares de Prácticas a Estándares de Mejores Prácticas) y preparó este texto.

Tabla 1: Comités de trabajo, diciembre 2013

Carrie Bohnert	USA	Chair, ASPE Educational Content Committee, 2013–2015
Gail Furman	USA	National Board of Medical Examiners, miembro fundador de ASPE
Wendy Gammon	USA	Chair, ASPE Standards of Practice Committee, 2013–2014
Gayle Gliva-McConvey	USA	President, ASPE, 2012–2013
Nancy McNaughton	Canadá	Chair, ASPE Grants and Research Committee, 2014–2015
Cate Nicholas	USA	Chair, ASPE Grants and Research Committee, 2012–2013
Tamara Owens	USA	President, ASPE, 2008–2009
Sydney Smee	Canadá	Medical Council of Canada
Diana Tabak	Canadá	Chair, ASPE Hybrid Special Interest Group

Tabla 2: Revisores, enero 2014-2015

Connie Coralli	USA	Chair, ASPE Educational Resources Committee, 2013–2015
Melih Elcin	Turkey	Member Liaison, ASPE, 2014–2015
Valerie Fulmer	USA	Chair, ASPE Publications Committee, 2014–2015
Carine Layat-Burn	Switzerland	Chair, ASPE International Committee, 2014–2015
Karen Lewis	USA	President, ASPE, 2014–2015
Lorraine Lyman	USA	Chair, ASPE Standards of Practice Committee, 2014–2016
Debra Nestel	Australia	Simulated Patient Network
Jan-Joost Rethans	Netherlands	Chair, ASPE International Committee, 2007–2008
Karen Reynolds	United Kingdom	Vice President for Operations, ASPE, 2014–2015
Cathy Smith	Canadá	Chair, ASPE Conference Committee, 2013–2016
Amber Walton	USA	Vice President for Operations, ASPE, 2011–2013

Tabla 3: Grupo final de trabajo, 2016-2017

Carrie Bohnert	USA	Vice President for Operations, ASPE, 2016–2017
Henrike Hölzer	Germany	Chair, ASPE International Committee, 2016–2017
Karen Lewis	USA	Chair, ASPE Standards of Practice Committee, 2017–2018
Lorraine Lyman	USA	Chair, ASPE Standards of Practice Committee, 2014–2016
Cathy Smith	Canadá	Chair, ASPE Conference Committee, 2013–2016
Tonya Thompson	USA	Chair, ASPE Grants and Research Committee, 2016–2017
Amelia Wallace	USA	Chair, ASPE Educational Content Committee, 2016–

Términos relacionados con la metodología PS

Para los efectos de este documento, nos explayaremos en algunos términos clave relevantes para la metodología de trabajo con PS. Nuestra comprensión de estos términos está alineada con las definiciones de la Sociedad para la Simulación en Salud (*SSH, Society for Simulation in Healthcare*), el Diccionario de Simulación en Salud (*Healthcare Simulation Dictionary*) [13] y el Glosario de simulación de los Estándares de Buenas Prácticas de la INACSL: Simulación (*INACSL, International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning*) [11] y, en algunos casos, refleja matices adicionales que surgen de nuestras prácticas.

Los términos *paciente estandarizado* y *paciente simulado* (PS) se usan a menudo indistintamente y se refieren a una persona entrenada para representar a un paciente en forma realista y repetible. Los PS interactúan con aprendices en educación experiencial y en contextos de evaluación. Los *aprendices*, según el contexto, se describen de diversas formas, ya sea como alumnos, estudiantes, participantes, examinados o candidatos. Los PS también pueden proporcionar comentarios sobre el desempeño de los estudiantes desde la perspectiva de la persona que representan, aspecto único del trabajo con PS. Como se señala previamente, la educación basada en PS ha crecido en tamaño y alcances prácticos para incluir muchos papeles diferentes. Por este motivo, el término *participante simulado* está siendo utilizado como un término más inclusivo para referirse a todos los actores humanos en cualquier contexto de simulación. En este documento, el término PS se refiere a todos estos matices.

El contexto en el que trabajan los PS determina su capacidad de repetición o estandarización (consistencia y exactitud) de su comportamiento, tanto referido al rendimiento de un PS individual como también entre PS que representen el mismo papel. Este comportamiento puede ser visto como parte de un continuo. En un extremo, en las evaluaciones de alta relevancia, los PS pueden ser entrenados para comportarse de una manera altamente repetible o estandarizada, de forma que cada estudiante evaluado tenga una oportunidad igual y justa, hablándose a menudo en estos casos de *Pacientes Estandarizados*. Es importante tener en cuenta que, en este contexto, los PS son individuos cuyo comportamiento ha sido estandarizado. En entornos educativos formativos, donde la estandarización puede no jugar una parte importante del diseño de la sesión, los PS, cuidadosamente entrenados, son capaces de responder con más autenticidad y flexibilidad a las necesidades individuales de los estudiantes, denominándose en este contexto como *Pacientes Simulados*.

El término *actor* se utiliza a veces para referirse a un PS. Si bien, tanto los PS como los actores interpretan roles, y las bases prácticas y teorías de la actuación pueden ser parte del trabajo del PS, el alcance de lo que este último hace, respecto de lo que hace un actor, es diferente. En general, los actores cumplen los objetivos de un dramaturgo y/o un director, y actúan para el entretenimiento de una audiencia. En la simulación en salud, los actores pueden ser contratados para actuar en una actividad educativa; sin embargo, como PS, hacen algo diferente. Ellos son parte de un equipo educativo, centrado en el cumplimiento de los objetivos de aprendizaje de una actividad de simulación al servicio de los estudiantes.

Se usa el término *cliente* para referirnos a individuos o grupos que contratan un programa de PS para diversas actividades. El término *educador de PS* se utiliza para referirse a quienes trabajan para desarrollar experiencia en la metodología de trabajo con PS y son responsables de la capacitación y/o administración de la simulación basada en PS. Algunos pueden ser entrenadores que exclusivamente trabajan con PS, mientras que otros pueden ser profesores o profesionales de la salud que trabajan con PS como parte de sus roles clínicos y/o académicos.

Discusión

Los EMP están organizados en cinco dominios: *Ambiente seguro de trabajo*; *Desarrollo de casos*; *Entrenamiento de PS para sus roles (representación, retroalimentación y preparación para aplicar los instrumentos de evaluación)*, *Gestión de programas* y *Desarrollo profesional*. Cada dominio está dividido en principios y prácticas clave que los acompañan. Las prácticas están numeradas para facilitar su referencia. No todas las prácticas son aplicables a cada situación, y el orden en que se presentan puede variar.

Los dominios consideran los cinco valores subyacentes que apoyan las prácticas educativas basadas en PS: 1.- Seguridad, 2.- Calidad, 3.- Profesionalismo, 4.- Responsabilidad y 5.- Colaboración (Fig. 1). La seguridad es la piedra angular de la práctica con simulación. En este sentido, es el aspecto central de todos los valores porque la seguridad es una motivación fundamental para utilizar simulación. A su vez, se debe realizar simulación de una manera segura que minimice el riesgo para todas las partes involucradas, sin importar la actividad. Calidad se refiere al aseguramiento y la búsqueda de la mejora continua. Se establecen y cumplen estándares de excelencia en educación, formación e investigación. El profesionalismo exige que integremos una comunidad de profesionales y actuemos de acuerdo con la ética, los valores y las normas comunes. La responsabilidad y rendición de cuentas dictan un compromiso de servicio a las necesidades de nuestros grupos de interés y de información al público sobre nuestras prácticas. La colaboración requiere compartir las mejores prácticas con colegas a escalas local y global. Esto es esencial para el crecimiento y desarrollo de sistemas de práctica basada en PS.

Aunque dominios y valores se presenten en secciones separadas, debemos reconocer que no son mutuamente excluyentes. Hay elementos de todos los valores en cada uno de los dominios, y hay superposición de prácticas dentro de cada dominio, la forma en que se presentan tiene el objeto de facilitar la organización para el lector y reiterar la importancia de la práctica (Fig. 1).

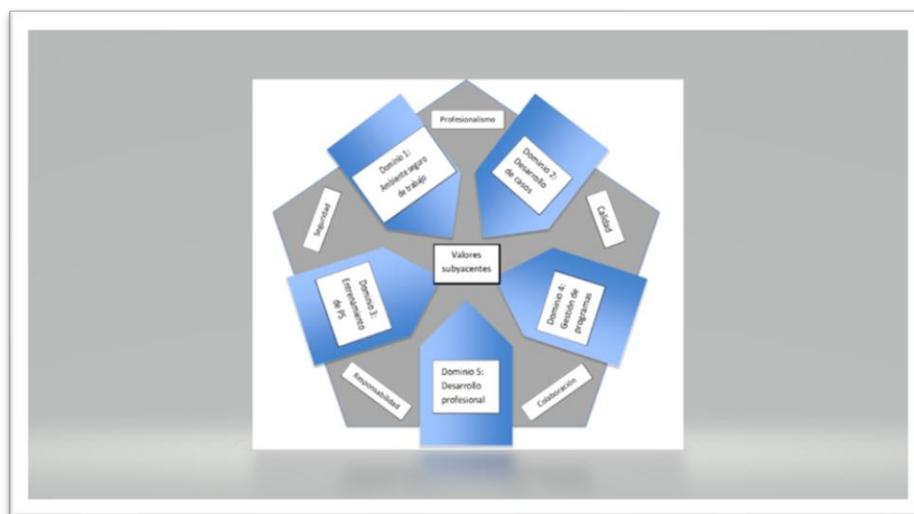


Fig.1 Valores subyacentes y Dominios de EMP

Este documento fundacional ofrece orientaciones prácticas y, a veces, señala aspectos ideales a los que aspirar. En futuros desarrollos de estos estándares se incluirán dominios más avanzados y especializados, incluyendo PS que entrenan a otros PS, facilitan sesiones con estudiantes, y actúen como docentes asociados (por ejemplo, en exámenes físicos ginecológico, urogenital masculino, y otros). Este es un documento dinámico que será

revisado y modificado periódicamente bajo la dirección del Comité de Estándares de Práctica de la ASPE, a medida que la metodología PS crece y se adapta a las prácticas de simulación en evolución.

Dominio 1: Ambiente seguro de trabajo

Corresponde a los educadores de simulación garantizar que todas las partes involucradas, ya sean PS, estudiantes, profesores, pacientes, o personal del programa, tengan un entorno de aprendizaje seguro, tanto en lo psicológico como en lo físico (ver Norma INACSL: Integridad Profesional [8]). Para la comunidad de PS-E, hay tres principios distintos relacionados con la seguridad en el ambiente de trabajo: prácticas de trabajo seguras, confidencialidad y respeto.

Principio	Prácticas
1.1 Prácticas de trabajo seguras	<p>1.1.1 Garantizar condiciones de trabajo seguras en el diseño de la actividad (por ejemplo, número de rotaciones, número de pausas, desafíos físicos, cognitivos y psicológicos en la representación de roles).</p> <p>1.1.2 Anticipar y reconocer riesgos laborales potenciales, incluyendo amenazas a la seguridad de PS en el medio ambiente (por ejemplo, sustancias alergénicas, exposición a cortopunzantes, calidad del aire, desfibriladores).</p> <p>1.1.3 Asegurar que el PS sea apropiado para el rol (por ejemplo, no tiene conflicto de interés ni compromete su seguridad psicológica o física).</p> <p>1.1.4 Permitir que los PS detengan cualquier actividad si sienten que su participación no es apropiada.</p> <p>1.1.5 Inducir a los PS para que tengan claras las pautas y parámetros de una actividad de simulación.</p> <p>1.1.6 Proporcionar a los PS estrategias para aminorar los efectos adversos potenciales de la representación del papel y prevenir lesiones físicas o fatiga.</p> <p>1.1.7 Informar a los PS y clientes sobre los criterios y procesos para terminar una simulación si se considera perjudicial.</p> <p>1.1.8 Estructurar el tiempo y crear un proceso para revisión y/o debriefing.</p> <p>1.1.9 Monitorear y responder a los PS que experimentan efectos adversos por la participación de una actividad.</p> <p>1.1.10 Proporcionar un mecanismo para que PS y clientes informen sobre los efectos adversos de la participación en una actividad (por ejemplo, documentación y pasos a seguir para resolver una situación).</p> <p>1.1.11 Apoyar a los PS que actúan de acuerdo con las expectativas del programa si se hace una denuncia sobre ellos.</p> <p>1.1.12 Gestionar las expectativas de los clientes sobre las posibilidades y limitaciones de PS.</p> <p>1.1.13 Trabajar con los clientes para definir claramente el alcance esperado de la participación de los PS en sus asignaciones de trabajo.</p>
1.2 Confidencialidad	<p>1.2.1 Comprender los principios específicos de confidencialidad que se aplican a todos los aspectos de cada evento de simulación.</p> <p>1.2.2 Asegurar que los PS entiendan y mantengan los principios de confidencialidad relacionados con los eventos específicos de simulación.</p> <p>1.2.3 Proteger la privacidad de la información personal de todos los interesados, incluido el que pueda ser revelado dentro de una actividad de simulación.</p>
1.3 Respeto	<p>1.3.1 Respetar los límites autoidentificados de los PS (por ejemplo, reservas personales, límites al contacto físico, impacto personal).</p> <p>1.3.2 Proporcionar a los PS la información adecuada para que puedan tomar decisiones informadas sobre su participación en asignaciones de trabajo.</p> <p>1.3.3 Asegurarse de que los PS entiendan cómo serán compensados antes de aceptar un trabajo (por ejemplo, si se incluye el pago por la capacitación y el tiempo de trabajo, gastos de viaje, vales de comida, tarjetas de regalo).</p>

Dominio 2: Desarrollo de casos

Mientras que los objetivos curriculares o programáticos impulsan la enseñanza y las actividades de evaluación, el diseño y el desarrollo de los materiales requerido para estas actividades, son aspectos críticos del rol PS-educador. Para efectos de este documento, los materiales incluyen todos aquellos documentos descriptivos de casos, cualquier documento de apoyo (por ejemplo, diagramas, fotos, literatura de educación del paciente,

formularios de calificación), instrumentos de evaluación, recursos de capacitación (por ejemplo, referencias y videos), y protocolos de entrenamiento que un PS necesite para preparar para una actividad formativa o evaluativa. Es importante reconocer que los casos para PS tienen múltiples componentes que reflejan los diferentes usuarios de un caso, como PS-E, los propios PS, estudiantes, evaluadores, y administradores. El desarrollo de estos materiales se optimiza si se emplea un proceso colaborativo y de múltiples pasos, utilizando un conjunto de directrices de mejores prácticas para el diseño simulaciones (ver Estándar INACSL: Diseño de simulación [9]), así como directrices relevantes para el contexto profesional (por ejemplo, medicina, ley). Dada la importancia de los materiales relacionados al caso para el trabajo de los PS, es crítica la experiencia en el desarrollo de los materiales de enseñanza y evaluación para educadores con PS. Hay dos principios que guían el desarrollo de actividades caso PS: preparación y componentes del caso.

Principio	Prácticas
2.1 Preparación de los casos	<p>2.1.1 Asegurar que los casos se alineen con objetivos medibles de aprendizaje. (Ver Estándar INACSL: Resultados y objetivos.)</p> <p>2.1.2 Identificar y comprometer a expertos en temas relevantes para asistir en la creación de materiales.</p> <p>2.1.3 Asegurar que los casos se basen en problemas auténticos y se respete a los individuos representados en los casos, evitando sesgos o estereotipos de poblaciones marginadas.</p> <p>2.1.4 Asegurar que el proceso de desarrollo de casos permita tiempo suficiente para redactar, revisar y editar los materiales para el caso antes de la implementación.</p> <p>2.1.5 Asegurar de que los cambios que surgen de los ensayos, o en otros procesos de pilotaje, se aborden antes de la implementación del caso.</p>
2.2 Componentes de los casos	<p>Asegure que los componentes del caso incluyan los siguientes cuando sea apropiado:</p> <p>2.2.1 Metas claras y objetivos que puedan ser evaluados.</p> <p>2.2.2 Metas y objetivos que especifican el nivel previsto de los estudiantes.</p> <p>2.2.3 Diseño de la simulación cumple con propósito.</p> <p>2.2.4 Diseño de simulación es repetible.</p> <p>2.2.5 Información para PS (por ejemplo, situación y antecedentes, historia, afecto y comportamiento, signos y síntomas a simular, señales).</p> <p>2.2.6 Recursos de entrenamiento (por ejemplo, accesorios, moulage, transporte, videos, entrenador de tareas).</p> <p>2.2.7 Retroalimentación específica para el caso o guías de información.</p> <p>2.2.8 Instrucciones de briefing, marcos de tiempos, instrucciones a los estudiantes.</p> <p>2.2.9 Instrumentos de evaluación y medidas de desempeño (por ejemplo, listas de verificación y escalas de calificación, evaluaciones de participantes y facilitadores).</p> <p>2.2.10 Protocolos de entrenamiento para calificadores (PS u otros).</p> <p>2.2.11 Datos para la gestión de los documentos y reclutamiento de PS (por ejemplo, información del autor, fecha del desarrollo, la demografía del paciente, criterios de tipo físico corporal).</p>

Dominio 3: Entrenamiento de PS

El entrenamiento de los PS los prepara para representar roles, dar retroalimentación, y completar los instrumentos de evaluación. Estas tres áreas son habilidades discretas, pero no mutuamente excluyentes. Es responsabilidad del PS educador la integración del desarrollo de estas habilidades en la formación de los PS según los objetivos de aprendizaje de la actividad y la experiencia del PS. El entrenamiento puede ser realizado en muchos formatos (por ejemplo, cara a cara, en línea, o mixto).

El contexto en el que trabajan los PS determina el grado de estandarización (consistencia y exactitud) de sus comportamientos, tanto con relación al rendimiento de un PS individual, como entre los PS que representan el mismo papel. Los PS-E deben aplicar los mismos principios de entrenamiento en la preparación de todos los

participantes simulados, incluyendo PS, confederados, y otros, para todas las modalidades de simulación (por ejemplo, híbrido, modalidad mixta) [1, 2].

Representación de roles

Se espera que los PS-E aseguren que el rendimiento de PS sea consistente y preciso. Dado que a los PS se les solicita con frecuencia que participen en roles que requieren, al menos, un mínimo de vulnerabilidad física y emocional, los educadores están obligados a proporcionar apoyo y entornos de formación y aprendizaje seguros (ver “Dominio 1: sección ambiente de aprendizaje seguro”).

Retroalimentación

La retroalimentación es fundamental para el aprendizaje. Mientras que los estudiantes pueden recibir retroalimentación de muchas fuentes educativas, incluyendo médicos y compañeros, la retroalimentación de los PS proporciona una perspectiva única. Como Berenson et al (2012) señalan: “Los PS pueden proporcionar a los estudiantes una información única y valiosa sobre cómo sus acciones y comportamientos afectan la experiencia emocional del PS, su confianza en el estudiante y su comprensión de la información intercambiada. Por lo tanto, la retroalimentación del PS cumple un papel educativo crítico en los dominios interpersonales y afectivos” ([14], p-27). Con la formación adecuada, los PS también pueden proporcionar retroalimentación sobre la comunicación y las habilidades clínicas o procedimentales. La retroalimentación efectiva requiere del conocimiento de los modelos o protocolos adoptados por cada institución, y los PS-E pueden entrenar a los PS en estrategias de retroalimentación orales y escritas.

Llenado de instrumentos de evaluación

Los Estándares para Evaluaciones Educativas y Psicológicas definen a la evaluación como “cualquier método sistemático de obtención de información que, a partir de pruebas u otras fuentes, se utiliza para inferir sobre las características de personas, objetos, o programas” ([15], p72). En muchos contextos de evaluación, los estudiantes deben demostrar su competencia a través de comportamientos que son evaluados por observadores. Los PS a menudo interpretan un papel y observan simultáneamente el comportamiento del estudiante. Después del encuentro, los PS pueden documentar el rendimiento del estudiante en instrumentos de evaluación. Cuando esto se realiza, el entrenamiento de los PS debe centrarse también en el llenado preciso y consistente de los instrumentos de evaluación. Las evaluaciones de los PS pueden ser formativas, sumativas o de alto impacto (de consecuencias relevantes para el evaluado, por ejemplo, examen final de aprobación de curso o carrera, certificación de grado o título, etc.); pueden ser de diversos formatos (por ejemplo, un solo encuentro, multi-encuentros, Examen Clínico Objetivo Estructurado, Examen de rendimiento clínico), y usar diferentes tipos de herramientas de evaluación (por ejemplo, listas de verificación, rúbricas, retroalimentación). Las expectativas de rendimiento de los PS varían, dependiendo de los tipos de evaluación o formatos.

Hay cinco principios que los PS-E deben seguir como metodología de formación de los PS: Preparación para el proceso de entrenamiento; Entrenamiento para la representación de roles, Entrenamiento para entrega de retroalimentación, Entrenamiento para completar instrumentos de evaluación, y Reflexión sobre el proceso de entrenamiento.

Principio	Prácticas
3.1 Preparación para el entrenamiento	<p>3.1.1 Revisar propósito, objetivos y resultados (ver el estándar INACSL: Resultados y Objetivos), logística y materiales de la actividad del caso.</p> <p>3.1.2 Abordar las propias lagunas de conocimiento, de haber.</p> <p>3.1.3 Crear un plan de entrenamiento que responda al contexto y formato de cada actividad (por ejemplo, entrenamiento grupal para la estandarización, revisión de videos, prácticas con equipo de simulación).</p> <p>3.1.4 Recopilar recursos de capacitación para complementar formación.</p> <p>3.1.5 Reunir documentos de administración e instrucciones especiales.</p>
3.2 Entrenamiento para representación de roles	<p>3.2.1 Revisar con los PS los objetivos clave, responsabilidades y contextos (por ejemplo, formativo, sumativo, nivel de estudiantes, ubicación en el currículo) así como el formato (por ejemplo, la duración del encuentro, tipos de encuentros) de cada actividad.</p> <p>3.2.2 Involucrar a los PS en la discusión y práctica de funciones de representación de roles (por ejemplo, afecto, signos y síntomas, comportamientos).</p> <p>3.2.3 Proporcionar a los PS estrategias para enfrentar preguntas y comportamientos no anticipados de estudiantes.</p> <p>3.2.4 Asegurar la consistencia y precisión del rol representación de los PS individuales, y entre grupos de PS que representan el mismo rol.</p> <p>3.2.5 Asegurar la preparación del PS para la actividad de simulación a través de la práctica repetida y la retroalimentación dirigida.</p>
3.3 Entrenamiento para retroalimentación	<p>3.3.1 Repasar con PS los principios fundamentales de retroalimentación en cuanto se relacionan con la actividad planificada.</p> <p>3.3.2 Informar a los PS de los objetivos de retroalimentación y el nivel de los estudiantes con los que trabajarán.</p> <p>3.3.3 Informar a los PS de la logística de la retroalimentación y su configuración (por ejemplo, retroalimentación uno a uno con el estudiante, retroalimentación en grupos pequeños, informes de simulación).</p> <p>3.3.4 Capacitar a los PS para usar sus observaciones, respuestas y conocimientos para proporcionar retroalimentación sobre comportamientos de los estudiantes observables y modificables.</p> <p>3.3.5 Asegurar la preparación de los PS a través de prácticas repetidas y retroalimentación dirigida.</p>
3.4 Entrenamiento para completar instrumentos de evaluación	<p>3.4.1 Asegurar que los PS entiendan la naturaleza, contexto, y objetivos de la evaluación.</p> <p>3.4.2 Asegurar que los PS entiendan el formato del instrumento de evaluación.</p> <p>3.4.3 Asegurar de que los PS sean capaces de completar instrumentos de evaluación en el tiempo asignado.</p> <p>3.4.4 Proporcionar a los PS de práctica completando instrumentos de evaluación con variaciones de comportamientos del estudiante.</p> <p>3.4.5 Asegurar que los PS entiendan tanto los principios como experiencia receptiva de cualquier maniobra de examen físico que estén evaluando.</p> <p>3.4.6 En la evaluación formativa, asegurar que completen el instrumento de evaluación en forma consistente y precisa, tanto para un PS individual, como entre grupos de PS realizando la misma tarea.</p> <p>3.4.7 En la evaluación de alta relevancia, verificar la fiabilidad entre evaluadores, en la que un estudiante debiera tener la misma puntuación cuando es calificado por diferentes PS.</p> <p>3.4.8 En la evaluación de alta relevancia, verificar la confiabilidad intra- examinador de la evaluación, en la que los PS deberían asignar un mismo puntaje a un rendimiento idéntico en diferentes puntos en el tiempo.</p>
3.5 Reflexión sobre el proceso de entrenamiento	<p>3.5.1 Reflexionar sobre las propias prácticas de entrenamiento para mejoras futuras (por ejemplo, formularios de evaluación, informes, revisión de video). (Ver también Dominio 4.6: Gestión de la calidad.)</p>

Dominio 4: Gestión de programas

Los programas de PS proporcionan una cohorte capacitada de PS, pericia en metodología PS, y procesos que administran los servicios de PS en forma eficiente y rentable. El manejo de los programas de PS tiene un amplio espectro. Algunos pueden tener una persona dedicada a la administración del programa de PS y disponer de unos pocos PS, mientras que otros pueden ser dirigidos por un gerente dedicado a la supervisión del trabajo de muchos PS, educadores y administradores. Sin importar el tamaño, los programas de PS son responsables de prácticas de gestión de calidad, incluyendo planificación, aseguramiento, control y mecanismos de mejora de calidad (ver Estándar INACSL: Integridad Profesional [8]). Claramente, el establecimiento de políticas y procedimientos permiten que un programa de PS demuestre que cumple las normas de prácticas legales e institucionales. También especifican el enfoque para lograr los objetivos del programa, y permiten la rendición de cuentas a las partes interesadas (PS, estudiantes, profesores, personal), y alientan la mejora continua. Hay seis principios a considerar en la gestión de programas de PS.

Principio	Prácticas
4.1 Propósito	4.1.1 Articular una declaración de misión para el programa. 4.1.2 Desarrollar los objetivos del programa. 4.1.3 Identificar objetivos medibles para cada meta (donde corresponda).
4.2 Experiencia	4.2.1 Poseer profundidad de conocimiento en metodología PS. 4.2.2 Abogar por la integración de la metodología PS en el plan de estudios cuando sea apropiado. 4.2.3 Identificar cuándo se deben incorporar los PS en una actividad de simulación. 4.2.4 Colaborar con expertos en la materia para diseñar casos de PS, programas de capacitación y materiales de evaluación. 4.2.5 Entrenar PS según parámetros de escenarios o proyectos.
4.3 Políticas y procedimientos	4.3.1 Desarrollar y documentar políticas para orientar actividades del programa. 4.3.2 Desarrollar y documentar políticas que tomen en consideración el acceso y la inclusión de la discapacidad. 4.3.3 Desarrollar y documentar procesos de negocio y procedimientos, incluyendo, pero no limitado a la creación, gestión financiera, negocios y planes estratégicos. 4.3.4 Asegurar que las políticas y procedimientos se mantengan actualizados y accesibles. 4.3.5 Distribuir políticas y procedimientos a las partes interesadas relevantes.
4.4 Registros de administración	4.4.1 Colaborar con expertos en la materia para desarrollar un sistema para informar el desempeño de los estudiantes a los interesados (por ejemplo, estudiantes, desarrolladores de currículo, académicos, administración). 4.4.2 Asegurarse de que existen políticas para compartir y archivar casos. 4.4.3 Desarrollar y documentar métodos seguros de almacenamiento, archivo y destrucción confidencial de datos (por ejemplo, registros de PS, datos del alumno, datos de video, formularios de consentimiento, formularios de autorización).
4.5 Equipo de administración	4.5.1 Consultar con expertos en recursos humanos y en aspectos legales y financieros, para garantizar que el estado de los PS (por ejemplo, empleado, contratista independiente, voluntario) y estructura de compensación (en su caso) cumpla con los requisitos institucionales. 4.5.2 Desarrollar procesos para identificar, elegir, entrevistar, seleccionar, retroalimentar y mantener a los PS y al personal. 4.5.3 Reclutar y mantener una cohorte de PS que refleje la diversidad de las personas que se representan en actividades de simulación. 4.5.4 Establecer políticas y procedimientos para la seguridad psicológica, física y ambiental de PS, estudiantes, personal y académicos. (Consulte la sección "Dominio 1: Prácticas seguras de trabajo".)
4.6 Calidad de la administración	4.5.5 Defender el desarrollo profesional continuo, con oportunidades para todo el personal, incluyendo PS. 4.6.1 Recopilar regularmente datos para evaluar la alineación de las actividades con las políticas y procedimientos del programa, así como las legales e institucionales. 4.6.2 Recopilar regularmente retroalimentación de PS, estudiantes, académicos, y otros usuarios respecto a la calidad de los servicios prestados por el programa. 4.6.3 Analizar datos y otros comentarios de manera oportuna. 4.6.4 Implementar cambios para la mejora continua. 4.6.5 Informar a las partes interesadas de los cambios realizados en base a sus comentarios.

Dominio 5: Desarrollo profesional

Los PS-E se comprometen con un desarrollo profesional que promueva la excelencia en sus propias prácticas, dentro de la comunidad, y entre las partes interesadas. El profesionalismo se ha definido para muchas carreras con las que interactúan los PS-E, incluyendo medicina [16] y enfermería [8, 17]. Hay intersecciones con algunos de los conceptos de profesionalismo de esas carreras. Sin embargo, es una práctica emergente y heterogénea sin un proceso de certificación aún. Estos EMP son nuestro primer intento cohesivo de articular los estándares de profesionalismo para nuestra práctica. Nos basamos en el modelo de desarrollo académico de Steinert [18] para articular profesionalismo y desarrollo profesional en lo que se refiere a nuestro contexto. En particular, nos centramos en tres principios: desarrollo profesional, formación continua y liderazgo.

Principio	Prácticas
5.1 Desarrollo profesional	<p>5.1.1 Desarrollar y promover la experiencia en el conocimiento, habilidades y actitudes relacionadas con la simulación basada en PS.</p> <p>5.1.2 Desarrollar y promover la experiencia en teorías, principios y procesos de educación y evaluación relevante para el contexto de una práctica (por ejemplo, educación médica, educación en enfermería, legal, y entrenamiento de la ley).</p> <p>5.1.3 Mantener la membresía en sociedades de simulación profesional (por ejemplo, ASPE, ASPIH, INACSL, SESAM, SSH).</p> <p>5.1.4 Participar en oportunidades educativas (por ejemplo, conferencias profesionales, cursos, grado programas, certificaciones).</p> <p>5.1.5 Desarrollar habilidades de gestión personal (por ejemplo, tiempo de gestión, estrategias de bienestar, planificación de carrera).</p> <p>5.1.6 Buscar oportunidades para la orientación profesional.</p>
5.2 Formación continua	<p>5.2.1 Desarrollar una comprensión de la gama de oportunidades para la formación continua en metodología PS.</p> <p>5.2.2 Identificar y/o desarrollar nuevos contextos para la metodología PS.</p> <p>5.2.3 Contribuir a la evolución de las mejores prácticas, a través de la innovación, la investigación y la difusión de métodos emergentes en diversos lugares (por ejemplo, publicaciones, presentaciones).</p>
5.3 Liderazgo	<p>5.3.1 Promover la comprensión y el desarrollo de la metodología PS a niveles local, nacional e internacional.</p> <p>5.3.2 Hacer mentoría y apoyo a PS y otros PS-E dentro de la institución y dentro de la comunidad de práctica.</p> <p>5.3.3 Buscar y abogar por el crecimiento de habilidades de liderazgo (por ejemplo, colaboración, formación de equipos, gestión del cambio, efectividad interpersonal, resolución de conflictos).</p>

Archivo adicional

Abreviaciones

ASPE: Association of Standardized Patient Educators; ASPIH: Association for Simulated Practice in Healthcare; INACSL: International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning; SESAM: Society in Europe for Simulation Applied to Medicine; SOBP: Standards of Best Practice; SOP: Standards of Practice; SP: Simulated participant; SSH: Society for Simulation in Healthcare

Agradecimientos

ASPE is grateful to the many individuals who contributed to the development of this document for the benefit of SP educators worldwide: Connie Coralli, RN, MN, MPH, Clinical Skills Center, Emory University School of Medicine, Atlanta, GA, USA, connie.coralli@emory.edu
 Melih Elcin, MD, MSc, CHSE, Department of Medical Education and Informatics, Faculty of Medicine, Hacettepe University, Ankara, Turkey, melcin@hacettepe.edu.tr
 Valerie Fulmer, School of Medicine, University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA, USA, vfulmer@medschool.pitt.edu
 Gail Furman, PhD, MSN, CHSE, Clinical Skills Evaluation Collaboration, National Board of Medical Examiners, Philadelphia, PA, USA, GFurman@nbme.org
 Carine Layat Burn, PhD, University of Applied Sciences, Health Department, HE-Arc Neuchâtel, Neuchâtel, Switzerland, nora-carine@hotmail.com

Nancy McNaughton, PhD, Centre for Learning Innovation and Simulation, Michener Institute of Education, Toronto, Ontario, Canada, nmcnaughton565@gmail.com
 Debra Nestel, PhD, FAcadMed, Faculty of Medicine, Nursing & Health Sciences, Monash University, Monash, Victoria, Australia, debra.nestel@monash.edu
 Cate Nicholas, MS, PA, EdD, Clinical Simulation Laboratory, University of Vermont, Burlington VT, USA, Cate.Nicholas@med.uvm.edu
 Tamara Owens, MEd, Clinical Skills & Simulation Center, Howard University Health Sciences, Washington, DC, USA, tlowens@Howard.edu
 Veronica L. Porfert, BA, Norfolk Naval Station, Norfolk, VA, USA, roni.porfert@gmail.com
 Jan-Joost Rethans, MD, PhD, Institute for Education/Skillslab, Faculty of Health, Medicine & Life Sciences, Maastricht University, Maastricht, the Netherlands, j.rethans@maastrichtuniversity.nl
 Karen M. Reynolds, Interactive Studies Unit, University of Birmingham, Birmingham, UK, k.reynolds@bham.ac.uk
 Sydney Smeed, PhD, Health Professional Assessment Consultancy, Windsor, Ontario, Canada, sydsmeed@gmail.com
 Diana Tabak, MEd(S), Communication Matters: INESRA, Toronto, Ontario, Canada, diana.tabak@gmail.com
 Amber Walton, BFA, Standardized Patient Program & Clinical Skills Center, Upstate Medical University, Syracuse, NY, USA, waltona@upstate.edu

Financiamiento

No hubo financiamiento.

Disponibilidad de datos y materiales

No aplicable.

Referencias

1. Nestel D, Mobley B, Hunt EA, Eppich WJ. Confederates in healthcare simulations: not as simple as it seems. *Clin Simul Nurs*. 2014;10(12):611–16.
2. Nestel D, Sanko J, McNaughton N. Simulated participant methodologies: maintaining humanism in practice. In: Nestel D, Kelly M, Jolly B, Watson M, editors. *Healthcare Simulation Education: evidence, theory and practice*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2018. p. 45–53.
3. Association of Standardized Patient Educators. About ASPE. Available from: <http://www.aspeducators.org/about-aspe>. Accessed 12 June 2017.
4. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM debriefing. *Clin Simul Nurs*. 2016;12:S21–S5.
5. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM facilitation. *Clin Simul Nurs*. 2016;12:S16–20.
6. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM outcomes and objectives. *Clin Simul Nurs*. 2016;12:S13–S5.
7. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM participant evaluation. *Clin Simul Nurs*. 2016;12:S26–S9.
8. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM professional integrity. *Clin Simul Nurs*. 2016;12:S30–S3.
9. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM simulation design. *Clin Simul Nurs*. 2016;12:S5–S12.
10. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM Simulation-Enhanced Interprofessional Education (Sim-IPE). *Clin Simul Nurs*. 2016;12:S34–S8.
11. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM simulation glossary. *Clin Simul Nurs*. 2016;12:S39–47.
12. Custer RL, Scarcella JA, Stewart BR. The modified Delphi technique—a rotational modification. *J Vocat Tech Educ*. 1999;15(2):50–8.
13. Lopreiato J, Downing D, Gammon W, Lioce L, Sittner B, Slot V, et al. *Healthcare Simulation Dictionary*. 2016. Available from: <http://www.ssih.org> Dictionary. Accessed 12 June 2017.
14. Berenson LD, Goodill SW, Wenger S. Standardized patient feedback: making it work across disciplines. *J Allied Health*. 2012;41(1):27E–31E.
15. Association AER, Association AP, Education NCoMi. *Standards for educational and psychological testing: American Educational Research Association*. 1999.
16. Cruess SR, Johnston S, Cruess RL. "Profession": a working definition for medical educators. *Teach Learn Med*. 2004;16(1):74–6.
17. Nursing AAoCo. Hallmarks of the professional nursing practice environment. *J Prof Nurs*. 2002;18(5):295–304.
18. Steinert Y. Perspectives on faculty development: aiming for 6/6 by 2020. *Perspectives on Medical Education*. 2012;1(1):31–42.

Comparative Translation Document for ASPE SOBP

Date Submitted: September, 23rd, 2020

Language Version: Spanish

Submitting author(s) in translation: Claudia Arancibia, Sergio Bozzo

Translation: From English to Spanish

I. Language differences

- *Stakeholders:* in Spanish this concept is usually used without translation, directly from English. In this document, it was translated into Spanish, as involved or interested parties.
- *Accountability:* in Spanish there is not a single word that conveys the full meaning of this concept, as a consequence it tends not to be translated. For the purposes of this document, it is translated as responsibility.
- *Scholarship:* it can be understood as a literal translation, but it is translated as continuous training in the context of standard 5.2.

II. Cultural differences (in each Domain, if applicable)

1. Domain 1: Safe work environment

There were no differences

2. Domain 2: Case development

There were no differences

3. Domain 3: SP training

There were no differences

4. Domain 4: Program management

There were no differences

5. Domain 5: Professional Development

There were no differences