

01

Percepción de estudiantes de Obstetricia y Puericultura sobre el uso de simulación clínica

Perception of Obstetrics and Childcare students about the use of clinical simulation

Janet Altamirano Droguett*, Melanie Álvarez Álvarez*, Constanza Meriño Carrizo*, Catalina Olivares Arancibia*, Andrea Rivera Aguirre*, Gissaella Morales Aguirre*.

* Universidad de Antofagasta, Chile.

Artículo Original/ Artículo científico

Correspondencia: Janet Altamirano Droguett Correo: janet.altamirano@uantof.cl

Editor: Joel Bravo Bown, Universidad de Antofagasta, Chile.

Conflicto de Intereses: Los autores declaran no presentan conflictos de intereses.

Recibido: 16/06/23 Aceptado: 11/08/23 Publicado: 13/09/23

DOI: <https://doi.org/10.54802/r.v5.n1.2023.119>

RESUMEN

El objetivo general del presente estudio fue determinar la percepción de los estudiantes de la Carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Antofagasta sobre el uso de simulación clínica en su formación. Se llevó a cabo una investigación cualitativa de tipo interpretativa que se sustentó en las experiencias vividas por los discentes durante sus talleres preclínicos. El diseño metodológico que empleamos correspondió a la teoría fundamentada. En total, entrevistamos a 10 estudiantes de quinto año de la carrera, quienes participaron de manera voluntaria. El Comité de Ética de Investigación Científica de esta Institución aprobó esta investigación. La codificación inductiva y el método de comparación constante permitieron la saturación teórica de los datos procesados en Atlas.ti. Dentro de los resultados, se evidenciaron que la simulación clínica es una metodología de aprendizaje adecuada para desarrollar habilidades clínicas y blandas sin dañar a personas, sin embargo, no reemplaza el campo clínico real. Por otra parte, el docente facilita la autorreflexión, aumenta la motivación y disminuye la distancia entre la situación actual en la que se encuentra el aprendiz y la situación ideal a la que debe llegar, siempre y cuando posea una preparación técnica adecuada. Como conclusión, si bien, los estudiantes de esta carrera reconocieron el aporte de la simulación clínica en su formación, se mantiene el desafío de consolidar esta metodología de aprendizaje en la matronería.

Palabras clave: *aprendizaje vivencial, enseñanza superior, habilidades, matronería, simulación clínica.*

ABSTRACT

The general objective of this study was to determine the perception of the students of the Obstetrics and Puericulture Career of the Universidad de Antofagasta on the use of clinical simulation in their training. Qualitative research of interpretative type was carried out based on the experiences lived by the students during their preclinical workshops. The methodological design we used corresponded to grounded theory. In total, we interviewed 10 fifth-year undergraduate students, who participated on a voluntary basis. The Scientific Research Ethics Committee of this Institution approved this research. Inductive coding and the constant comparison method allowed the theoretical saturation of the data processed in Atlas.ti. The results showed that clinical simulation is an adequate learning methodology to develop clinical and soft skills without harming people; however, it does not replace the real clinical field. On the other hand, the teacher facilitates self-reflection, increases motivation and reduces the distance between the current situation in which the trainee finds himself and the ideal situation he should reach, as long as he has adequate technical preparation. In conclusion, although the students of this career recognized the contribution of clinical simulation in their training, the challenge remains to consolidate this learning methodology in midwifery.

Keywords: *abilities, clinical simulation, experiential learning, higher education, midwifery.*

Durante el siglo XXI, se ha observado una demanda de Educación Superior sin precedentes y una mayor toma de conciencia de la relevancia que este nivel educativo reviste para el desarrollo cultural, económico y social de las personas (Altamirano-Droguett, 2019). Frente a estas nuevas exigencias, existe consenso en identificar una renovación metodológica en la enseñanza universitaria de las Ciencias de la Salud, destacándose la simulación clínica como una estrategia didáctica que promueve un aprendizaje significativo en un ambiente formativo, donde el estudiante aplica la teoría a la práctica (Ferrero, 2017).

Los orígenes de esta transformación se sustentan en el marco del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) y a partir de la Declaración de Bolonia (1999) se han implementado nuevos modelos de enseñanza y evaluación en las universidades, que centran su formación en el alumno (Arriazu, 2013). Esto ha significado la inclusión de competencias, introducción de metodologías innovadoras y sistemas de certificación que evalúan no solo conocimientos, sino también habilidades y destrezas (Valencia et al., 2019). Posteriormente, en la Unión Europea surgió el Proyecto Tuning (2007), que planteó un modelo pedagógico con resultados de aprendizaje denotados como desempeños observables, y definió que las estructuras educativas y los contenidos son tareas fundamentales de las universidades (Beneitone et al., 2007). Entre los años 2004 y 2007, esta misma experiencia se replicó en América Latina trayendo como consecuencia que, las instituciones chilenas de Enseñanza Superior y sus carreras de la salud renovaran su paradigma educativo en base a competencias. Por otra parte, en el año 2012, se promulgó la ley núm. 20.584 de derechos y deberes del paciente, posicionando como prioridad la calidad y seguridad en la asistencia de las personas (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2012); en este contexto nacional la simulación clínica cobra vital relevancia.

La simulación clínica es un método muy útil en las carreras de Ciencias de la Salud, pues acelera el proceso de aprendizaje del estudiantado en un ambiente protegido y controlado al permitir la utilización del ensayo y error como un medio de retroalimentación, previo ingreso al campo clínico real (Altamirano-Droguett, 2019). Para Gaba (2004), la simulación es una técnica que reemplaza o amplifica una experiencia natural y cuya práctica simulada replica, sustancialmente, aspectos de ese entorno efectivo de manera interactiva y segura. Según Escudero et al. (2018), la docencia basada en simulación clínica permite garantizar la estandarización de las vivencias clínicas del discente, la adquisición de habilidades y destrezas por medio de la repetición de los procedimientos, y manejar ambientes de riesgo, principalmente. Ferrero (2017) señaló que, la confrontación del estudiante con los errores y las situaciones clínicas de conflictos más frecuentes, potencia el aprendizaje significativo en virtud de las interrelaciones sociales entre docente y alumno. Entonces, la retroalimentación o *debriefing* es el momento formativo que le permite al discente repasar sus acciones y realizar mejoras inmediatas de su conducta (Aballay y Silveira, 2020). Sin duda que, este *feedback* es responsabilidad del instructor, por medio del cual facilita la autorreflexión, aumenta la motivación y disminuye la distancia entre la situación actual en la que se encuentra el aprendiz y la situación ideal a la que debe llegar (Armijo-Rivera et al., 2020). Por lo tanto, la simulación clínica propicia el proceso metacognitivo en el estudiante y el desarrollo de competencias para el ejercicio profesional a través del ensayo, error y reflexión en un contexto educativo seguro.

Según Ziv et al. (2003), existen cinco categorías de simulación clínica, tales son:

- 1) Simuladores específicos de baja tecnología representan una parte del cuerpo humano para el desarrollo de una habilidad clínica;
- 2) Pacientes estandarizados conformados por actores preparados para el entrenamiento de técnicas semiológicas, desarrollo de competencias

comunicacionales y juego de roles; 3) Simuladores virtuales en pantalla permiten simular distintas situaciones clínicas a través de programas computacionales para la toma de decisiones y trabajo en equipo; 4) Simuladores de tareas complejas, de alta fidelidad visual, auditiva y táctil propician las habilidades manuales y competencias relacionadas con la actitud, resolución de problemas, liderazgo, entre otras; y 5) Simuladores de paciente completo o maniqués computarizados de tamaño real fortalecen el manejo de situaciones clínicas complejas y el trabajo colaborativo.

Altamirano-Droguett (2019); Illesca et al. (2019) señalaron que, el aporte de los simuladores de baja tecnología es necesario en los dos primeros años de formación, con el fin de practicar técnicas clínicas básicas de atención en salud como: administración de medicamentos, cateterismo vesical, tacto vaginal, entre otros. Por el contrario, los pacientes entrenados, el juego de roles y los simuladores virtuales en pantalla se emplean en el tercer año formativo para desarrollar habilidades blandas de la semiología clínica. Sin embargo, los programas computacionales más complejos también promueven competencias blandas como resolución de problemas, trabajo en equipo y toma de decisiones junto con los simuladores de paciente completo. Estos tipos de simuladores se emplean en los dos últimos años de formación en la matronería y carreras afines.

Para Maran y Glavin (2003), existe otra clasificación de los simuladores que se relaciona con el grado de realismo o fidelidad, distribuyéndolos en tres categorías: 1) Simulación de baja fidelidad involucra la demostración de un procedimiento con uso de un modelo anatómico; 2) Simulación de mediana fidelidad combina el uso de una parte del cuerpo con programas computacionales de menor complejidad. Además, se consideran los pacientes entrenados y los juegos de roles; 3) Simulación de alta fidelidad incluye simuladores de paciente completo o de tamaño real que se emplean en escenarios de crisis o emergencia. Esta descripción permite indicar que, a medida que aumenta la fidelidad, aumenta el realismo (Velasco, 2013). Por ende, el uso de

la simulación de mediana y alta fidelidad genera la liberación de emociones que, muchas veces, pueden ser negativas al momento de actuar. Entonces, es labor del docente mantener un escenario simulado armónico, con predominancia en actividades placenteras para lograr un aprendizaje significativo en el estudiantado (Amaya-Afanador, 2012).

En la actualidad, existe una serie de estudios a nivel internacional (Amaya-Afanador, 2019; Rueda et al., 2017; Rodríguez et al., 2023; Valencia et al., 2019) y nacional (Alballay y Silveira, 2020; Altamirano-Droguett, 2019; Avendaño et al., 2017; Ávila et al., 2016; Escudero et al., 2018; Illesca et al., 2019; Ruiz y Gue, 2020) que evidencian la simulación clínica como una herramienta pedagógica sustentada en la sustitución de la realidad por un escenario simulado, donde los estudiantes adquieren competencias clínicas requeridas para el ejercicio de las profesiones de la salud. En particular, en las carreras chilenas de Obstetricia y Puericultura ha sido un gran desafío la integración de esta metodología desde el punto de vista académico, metodológico, de recursos humanos, infraestructura y equipamiento. En el año 2009, la Universidad de Valparaíso, Universidad de Chile, Universidad de la Frontera y Universidad de Concepción fueron precursoras en innovar sus currículos y emplear esta metodología en la formación de matronas y matrones. El año 2013, se sumaron las Universidades de Tarapacá, Antofagasta y Atacama (Altamirano-Droguett, 2019). Asimismo, existen investigaciones nacionales (Avendaño et al., 2019; Ceballos et al., 2016; Jara-Rosales et al., 2020; Pérez y Maureira, 2021; Rojas-Cáceres et al., 2022) que confirman la utilidad de esta herramienta didáctica en la matronería. Sin embargo, a nivel local, no existen estudios que den a conocer la aplicación de esta estrategia didáctica en el grupo de interés.

En consecuencia, el objetivo general de esta investigación es determinar la percepción de los estudiantes de la Carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Antofagasta sobre el

uso de simulación clínica en su formación. Este trabajo pretende aportar conocimientos para la mejora continua de la docencia universitaria de los futuros matrones y matronas de esta Institución.

MÉTODOS

Tipo y Diseño

Se realizó una investigación cualitativa de tipo interpretativa que se sustentó en las vivencias, acciones y contextos que influyen en el comportamiento de las personas (Giesecke, 2020).

El diseño metodológico se basó en la Teoría Fundamentada (TF) de Strauss y Corbin (2002) que, por medio de un trabajo de codificación y microanálisis de los relatos de los involucrados, se obtuvo un conjunto de categorías que se interrelacionaron entre sí para explicar el fenómeno en estudio. Para facilitar el proceso de identificación de códigos se verificaron sus semejanzas y diferencias hasta no evidenciar nuevas propiedades ni relaciones.

Participantes

La muestra estuvo conformada por 10 estudiantes, nueve mujeres y un hombre pertenecientes a quinto año de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Antofagasta, Chile; con una edad promedio de 22 años.

El muestreo fue de tipo no probabilístico por conveniencia, es decir, no se programó un número de participantes con antelación, porque se constituyó conforme a la saturación de las categorías emergentes (Denzin y Lincoln, 2018).

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión fueron: ser estudiante regular de esta carrera y haber cursado las asignaturas Clínica básica, Clínica médico quirúrgico, Ginecología I, Neonatología I y Obstetricia I que imparten talleres de simulación clínica.

Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión fueron no haber cursado todas las asignaturas precitadas que contemplan talleres de simulación clínica.

Técnica de recolección de datos

La información fue recolectada por medio de entrevistas semiestructuradas desarrolladas durante las dos primeras semanas de junio del 2022 por medio de la plataforma TEAMS. Se utilizó un guion con preguntas abiertas relacionadas con la simulación clínica desarrollada, ventajas y desventajas de esta metodología, y la importancia en la formación que facilitó un diálogo franco y horizontal entre participante e investigadora. Este texto fue validado por tres expertas en la temática a través de una pauta que midió la pertinencia, claridad y adecuación del contenido de cada pregunta.

Procedimiento

En la primera semana de mayo de 2022, se solicitó la autorización a la Dirección del Departamento de Obstetricia y Jefatura de Carrera de Obstetricia y Puericultura para aplicar la técnica de recogida de datos seleccionada. Luego, se presentaron los documentos pertinentes al

Comité de Ética de Investigación Científica de la Universidad de Antofagasta recibiendo la aprobación a fines de dicho mes (núm. Folio 375).

La convocatoria para participar en la investigación fue dirigida a quinto año de la carrera y delegada de nivel a través del correo institucional. Se emitió invitación, objetivos del estudio y protocolo del consentimiento informado indicando que, la participación era voluntaria, anónima y con resguardo de la confidencialidad de la información. Posteriormente, se recibió adhesión de los interesados, se coordinó fecha, hora y se envió el enlace de conexión.

Antes de iniciar cada entrevista, el/la participante plasmó su firma digital en el consentimiento informado y lo emitió vía e-mail a la profesora guía. Las conversaciones tuvieron una duración entre 45 y 60 minutos, fueron grabadas en audio y transcritas literalmente en un programa procesador de texto. Se les asignó un número correlativo para resguardar la privacidad de cada discente.

De acuerdo con la TF, se utilizó la estrategia de codificación inductiva y el método de comparación constante para organizar un corpus de 28.802 palabras. Este procedimiento implicó analizar los relatos de manera detallada, línea por línea, para generar categorías emergentes que corresponden a agrupaciones conceptuales compuestas por citas propias de los participantes de la investigación (Strauss y Corbin, 2002); por lo tanto, estas categorías poseen propiedades y dimensiones similares representativas de una unidad de pensamiento. Luego, los códigos se vincularon en redes conceptuales de categorías y subcategorías para responder al objetivo de este estudio. Desde el momento que no hubo nuevas propiedades ni relaciones de los datos se evidenció la saturación teórica (Denzin y Lincoln, 2018). Finalmente, se conformaron tres unidades significativas de categorías emergentes producto del microanálisis y procesamiento del contenido:

1) Simulación clínica desarrollada, 2) Ventajas y desventajas de la simulación clínica y 3)

Importancia de la simulación clínica. El programa informático utilizado fue el Atlas.ti (versión 7.5.12).

Los criterios de rigor que garantizaron el cumplimiento de la investigación fueron los siguientes: 1) Transferibilidad, 2) Credibilidad, 3) Confirmabilidad y 4) Dependencia. El primero, se obtuvo con la representatividad de los datos que dio respuesta al fenómeno de estudio, con la posibilidad de extender estos hallazgos en contextos educativos similares. El segundo, se logró con el reconocimiento real de los hallazgos por parte de las participantes e investigadoras. El tercero, se concretó por medio del uso de grabaciones de audio, análisis de la transcripción fiel de las entrevistas y análisis de los datos de manera objetiva y neutral. El cuarto, se dio cumplimiento por medio de la verificación sistemática de la recolección de la información y análisis cualitativo (Noreña et al., 2012).

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de este estudio de acuerdo con tres unidades de análisis, categorías y subcategorías respectivas.

I Unidad de análisis: Simulación clínica desarrollada

El primer grupo de códigos se denominó Concepto de simulación clínica que reunió un total de cuatro subcategorías, tales fueron:

1. Metodología de aprendizaje, que promueve una formación activa. Las siguientes citas representan este código:

“La simulación clínica es una nueva metodología didáctica, utilizamos maniqués o fantomas específicos a la zona del cuerpo, aprendemos haciendo el procedimiento y como se actúa en cada uno de ellos. Es muy importante aprender de esta manera en nuestra formación” (E, 04).

“[...] se aprende la clínica con el uso de modelos anatómicos, entonces, es una forma didáctica que nos permite aplicar los conocimientos teóricos y adquirir habilidades antes de ingresar a una práctica real” (E, 08).

2. Práctica clínica en ambiente controlado, ajena a eventos adversos asociados a la atención en salud. Estos testimonios representan esta subcategoría:

“La simulación es una práctica preclínica que sirve para ensayar todas las veces que sea necesario hasta aprender, no vamos a dañar a una paciente, podemos equivocarnos” (E, 01).

“La simulación clínica nos permite practicar en escenarios simulados para actuar con seguridad ante una situación real que podamos vivir más adelante en la práctica hospitalaria” (E, 07).

3. Metodología guiada por docentes de la disciplina. Estas citas ejemplifican este código:

“La simulación clínica significa practicar acompañada de un guía, me refiero al matron docente, es un facilitador, quien define qué debemos aprender y cómo debemos hacer los procedimientos clínicos” (E,03).

“La simulación clínica se refiere a una práctica guiada por nuestros profesores, ellos son los encargados de prepararnos para enfrentar las prácticas hospitalarias de Obstetricia, Neonatología y Ginecología a futuro” (E, 09).

4. Recreación de los entornos clínicos de la profesión. Estos relatos demuestran este código:

“[...] La simulación clínica permite la recreación de escenarios hospitalarios, nos orienta en el desarrollo de actividades y toma de conductas simulando la atención de pacientes” (E, 05).

“[...] La simulación clínica involucra una serie de procedimientos clínicos, muy similares a la forma de cómo debemos hacerlo en la realidad” (E, 06).

El segundo grupo de códigos se denominó Actividades prácticas con simulación clínica, identificándose una serie de procedimientos clínicos realizados en las cinco asignaturas que comprenden esta metodología de enseñanza en la carrera de Obstetricia y Puericultura de esta Institución. Estos relatos demuestran las siguientes subcategorías:

1. Procedimientos de simulación clínica en Clínica básica. Las siguientes citas representan este código:

“Yo aprendí a controlar los signos vitales a una paciente (que era mi compañera) y las técnicas de confección de camas según necesidades de un paciente” (E, 03).

“Me recuerdo que aprendí las dos técnicas de lavado de manos, el clínico y el quirúrgico” (E, 04).

“Yo practiqué la preparación y administración de medicamentos, fleboclisis y toma de exámenes de sangre con un fantoma” (E, 07).

2. Procedimientos de simulación clínica en Clínica médico quirúrgico. Estos relatos demuestran este código:

“En los talleres realizamos curaciones de una herida limpia y una contaminada, también, la colocación de sonda vesical que dependía del tipo de intervención o patologías de la paciente [...]” (E, 02).

“Yo aprendí a armar una mesa quirúrgica, conocí el instrumental de una cesárea y como se entregan las pinzas al cirujano, vimos todo lo relacionado con arsenaleo [...]” (E, 05).

“[...]. También, nos enseñaron la colocación de guantes y vestimenta quirúrgica, las áreas de asepsia y antisepsia y zonas de circulación de un pabellón” (E, 06).

3. Procedimientos de simulación clínica en Ginecología I. Los siguientes testimonios representan esta subcategoría:

“En este ramo aprendí a realizar el examen físico de mamas con un fantoma y a palpar nódulos mamarios de distintos tamaños y ubicaciones” (E, 01).

“Me recuerdo que por primera vez hice un tacto vaginal en un fantoma y me sirvió mucho para la práctica con pacientes reales” (E, 06).

“Yo practiqué la toma de exámenes como el Papanicolau y el flujo vaginal, también realicé la especuloscopia para visualizar vagina y cuello uterino [...]” (E, 09).

4. Procedimientos de simulación clínica en Neonatología I. Estas citas ejemplifican este código:

“Yo aprendí a administrar la vacuna BCG y la vitamina K en un bebé simulado” (E, 04).

“[...] también, realicé el examen físico del recién nacido, la antropometría, el aseo corporal y la limpieza del cordón umbilical, ese taller fue muy completo” (E, 09).

“Yo practiqué el control de temperatura y los cuidados de la termorregulación en el recién nacido” (E, 10).

5. Procedimientos de simulación clínica en Obstetricia I. Las siguientes citas representan esta subcategoría:

“Yo aprendí la maniobra de Leopold en un modelo anatómico, fortalecí la estática fetal y realicé la semiología obstétrica en una embarazada simulada por una compañera” (E, 03).

“[...] nos enseñaron la atención del parto vaginal, como se realiza la extracción del feto y la placenta” (E, 05).

“[...] nosotros practicamos la monitorización electrónica fetal intrauterina, como se lee un registro basal no estresante o estresante, los rangos normales de los latidos cardiacos fetales, las contracciones uterinas de una embarazada [...]” (E, 08).

II Unidad de análisis: Ventajas y desventajas de la simulación clínica

El tercer grupo de códigos se denominó Ventajas de la simulación clínica, distribuyéndose en cinco subcategorías, tales fueron:

1. Integración de teoría con la práctica. Estos testimonios ejemplifican este código:

“Yo aprendí a realizar varios procedimientos clínicos en los talleres de simulación, integré los conocimientos aprendidos en las clases teóricas. Sin duda que, esto me acerca mucho más a la experiencia práctica, podré desempeñarme mejor con las pacientes” (E, 01).

“En realidad, esta metodología combina los contenidos con la práctica, es una instancia de aprendizaje que nos aproxima a situaciones reales, a lo que uno va a enfrentar cuando atienda pacientes en el hospital o en un centro de salud familiar” (E, 07).

2. Confianza en uno mismo. Estas citas representan esta subcategoría:

“[...] una vez que uno aprende a realizar el procedimiento en un escenario simulado, ya no se olvida más, entonces, esta forma de aprender da la confianza necesaria para poder hacer la técnica en un paciente real” (E, 02).

“Esta metodología sirve mucho para adquirir seguridad en uno mismo y enfrentar la atención de pacientes con habilidades clínicas, para que cumplamos con nuestro rol profesional [...]” (E, 04).

3. Entrenamiento continuo. Los siguientes relatos dan a conocer esta subcategoría:

“La simulación clínica tiene la ventaja de capacitar y entrenar de manera correcta para brindar una atención de calidad a las pacientes. Se puede ensayar más de una vez hasta que uno adquiera la habilidad que necesita para la atención” (E, 03).

“Cuando uno tiene la posibilidad de hacer un procedimiento varias veces, significa que se cuenta con la oportunidad de entrenar de manera correcta, porque se aprende los pasos y uno se imagina la situación en vivo” (E, 05).

4. Aprendizaje del error. Las siguientes citas demuestran este código:

“[...] Esta metodología disminuye la posibilidad de equivocarse en la atención de pacientes, entonces, el ensayar y equivocarse es una forma de retroalimentarse y mejorar el desempeño en el campo clínico” (E, 08).

“Yo pienso que, el momento perfecto para equivocarse antes de atender a un paciente real es cuando se ejecuta un procedimiento o técnica con simulación clínica, porque tenemos la posibilidad de ensayar y corregir de inmediato (E, 10).

5. Mejora las habilidades clínicas. Estos relatos ejemplifican esta subcategoría:

“También, la simulación clínica permite fortalecer nuestros conocimientos y habilidades de comunicación, como dirigirnos a una paciente; como ejecutar un procedimiento e incluso, controlar nuestras emociones porque nos imaginamos la atención, aunque sea en un fantoma” (E, 03).

“[...] yo pienso que este método es esencial para mejorar las habilidades clínicas, el manejo de la paciente, entonces, el aprender haciendo es parte de nuestra carrera, seremos profesionales de la salud [...]” (E, 08).

El cuarto grupo de códigos se denominó Desventajas de la simulación clínica, distribuyéndose en cuatro subcategorías, tales fueron:

1. Preparación de los docentes. Estas citas dan a conocer esta subcategoría:

“Yo pienso que los docentes deben estar entrenados en simulación clínica y tener experiencia profesional para que realmente simulen entornos clínicos reales [...]” (E, 06).

“La verdad es que para que los talleres en simulación clínica tengan un propósito definido, se requiere que los profesores estén preparados y actualizados en los procedimientos clínicos, eso es esencial porque de esa manera nosotros como estudiantes aprendemos [...]” (E, 10).

2. Tiempo para talleres preclínicos. Los siguientes testimonios representan este código:

“Los talleres prácticos de simulación clínica sirven para adquirir habilidades clínicas específicas [...], es bueno que estén considerados en las asignaturas de la profesión, pero, son muchos contenidos para un taller” (E, 04).

“Si bien, la simulación clínica nos sirve mucho para aprender procedimientos y técnicas, pero, el tiempo que tenemos para ensayar es breve. Pienso que, sería bueno incluir más talleres con menos contenidos [...]” (E, 04).

3. Falta de realidad de escenarios. Estas narraciones ejemplifican esta subcategoría:

“[...] no es cien por ciento real, no se adapta a todos los escenarios que uno puede vivir, pero, pienso que la simulación clínica ayuda mucho a integrar la teoría con la práctica, pero, no reemplaza el campo real” (E, 02).

” [...] Yo pienso que uno debe tener imaginación para ponerse en el caso de una atención real, es una forma de aprender de manera didáctica, pero, no es lo mismo que estar en vivo con la paciente [...]” (E, 09).

4. Costo elevado de simuladores. Los siguientes relatos dan a conocer este código:

“El laboratorio de simulación clínica de Obstetricia no cuenta con mucho equipamiento ni material necesario para ejercitar bien. Entiendo que son equipos caros, entonces, la profe nos decía: “no tenemos tal cosa, pero, se parece a esto” [...]” (E, 07).

“[...] el brazo donde se practicaba la toma de exámenes no tenía ni sangre, entonces uno no puede simular bien el procedimiento, la profe nos comentó que son recursos costosos [...]” (E, 08).

III Unidad de análisis: Importancia de la simulación clínica

El quinto grupo de códigos se denominó Simulación clínica una herramienta de aprendizaje distribuyéndose en tres subcategorías, tales fueron:

1. Desarrollo de habilidades blandas. Estas citas representan este código:

“A mí me ayudó no solo para ejecutar una técnica, sino también me sirvió mucho para presentarme frente a una paciente, dirigir la anamnesis y luego hacer el examen físico general y segmentario [...]” (E, 01).

“[...] a desenvolverme mejor, a usar más palabras técnicas, a organizar y familiarizarme con la atención de una paciente, incluso el trabajo en equipo cuando dramatizamos la semiología obstétrica y tomar decisiones al realizar una derivación” (E, 04).

2. Seguridad en sí mismo y seguridad con el paciente. Estos testimonios ejemplifican esta subcategoría:

“[...] a mí me dio seguridad el haber simulado una atención con mis compañeros. porque hubo una conversación, un diálogo, no solo un fantoma. Sé que enfrentaré la atención de una paciente con más confianza” (E, 02).

“La simulación clínica da una sensación de seguridad, lo que tú estás realizando realmente es lo que uno tiene que hacer, que lo has practicado, tus docentes te han corregido, ya has hecho un repaso de la teoría. Yo creo que enfrentaré con más seguridad a una paciente [...]” (E, 09).

3. Retroalimentación formativa. Estas narraciones demuestran este código:

“Esta metodología es muy necesaria porque nos permite darnos cuenta de nuestras fortalezas y debilidades, y poder reforzarlas antes de ir a los campos reales. Las correcciones de nuestros profesores van dirigidas a como revertir las debilidades” (E, 03).

“[...] yo pienso que la retroalimentación es muy necesaria porque nos permite reforzar nuestros conocimientos, y mejorar el hacer y como actuamos. De esta manera aseguramos una buena atención de pacientes en las prácticas hospitalarias [...]” (E, 08).

El sexto grupo de códigos se denominó Propuestas de mejora para la formación de matronería en simulación clínica, distribuyéndose en ocho subcategorías, tales fueron:

1. Implementación de infraestructura, equipamiento y recursos. Estas citas ejemplifican esta subcategoría:

“Yo considero que la infraestructura, los equipos y materiales del laboratorio de simulación clínica debiese de mejorarse para que nosotras aprendamos mejor [...]” (E, 03).

“[...] los fantasmas deben ser de mejor calidad, también, se debe implementar el laboratorio con más materiales que sean similares a los que usaremos en las clínicas u hospitales, porque muchos de ellos están desgastados con el uso” (E, 07).

2. Capacitación de los docentes. Las siguientes citas dan a conocer este código:

“Yo pienso que a la carrera le falta docentes que estén preparados en simulación clínica y estén actualizados con lo que se hace realmente en el hospital o en un cesfam, esa es una debilidad muy notoria que no se ha solucionado [...]” (E, 01).

“[...] yo veo que nuestros profesores improvisan un poco, entonces, se nota que no están bien preparados. Ellos pueden tener años de experiencia en la clínica, pero, les falta herramientas pedagógicas y formación en simulación clínica” (E, 06).

3. Unificación de criterios entre los docentes. Estos relatos demuestran este código:

“[...] los profesores explican los procedimientos de distinta manera, entonces, falta que unifiquen sus conocimientos, porque cada alumno se forma según el docente que les tocó en el taller, y después, cuando estamos en la clínica, las matronas no enseñan de otra forma, uf, otro protocolo hay que seguir [...]” (E, 04).

“Siento que la formación en simulación clínica va más ligada a cómo la enseña cada docente, no existen consensos ni protocolos establecidos para cada procedimiento, esa es una gran debilidad [...]” (E, 10).

4. Incorporación de simulación clínica de mediana y alta fidelidad. Estas citas identifican esta subcategoría:

“[...] faltan modelos que hablen, que uno se dirija y te respondan, hacer una verdadera simulación con la paciente [..]. Hasta el momento lo único que hemos realizado son procedimientos básicos y entre mis compañeras hemos dramatizado un caso clínico para elaborar un diagnóstico” (E, 08).

“[...] nunca hemos visto la atención del parto patológico con una gestante que nos hable. Tampoco, hemos actuado frente a una emergencia, realizar la atención de un recién nacido en incubadora. Lo otro que falta es dramatizar casos clínicos, que nos permita trabajar en equipo y solucionar los problemas. Yo agregaría que no hay pacientes que estén preparados y simulen una escena, ni programas virtuales. Entonces, existen muchas deficiencias en nuestra formación [...]” (E, 09).

5. Renovación de los métodos de evaluación. Estas citas ejemplifican este código:

“La evaluación es otro tema pendiente, no hay claridad en lo que se evaluará. Yo si reconozco que cuando uno hace un procedimiento, te dicen lo bueno y lo malo, pero, falta preparación en los profesores [...] (E, 01).

“Yo pienso que los profesores no solo les falta preparación en la forma de enseñar, sino también, en cómo nos evalúan, porque cada uno aplica una pauta, pero, no hay protocolos establecidos para todos los estudiantes. Además, uno debiese de conocer esas pautas antes de los talleres [...] (E, 09).

6. Organización de los talleres preclínicos. Estas citas demuestran esta subcategoría:

“Yo he visto mucho desorden entre los profesores, todo es muy disperso, parte desde que se pongan de acuerdo hasta como llevan a cabo los talleres. Entonces, uno va con ganas a aprender y, a veces, se encuentra con esta enseñanza [...]” (E, 05).

“Bueno, no todo es malo, pero, hay que reconocer que falta organización en los talleres, en el qué decir, cómo decirlo y cómo se hace [...]” (E, 06).

7. Redistribución del tiempo de talleres preclínicos. Estas narraciones dan a conocer este código:

“A mí me pasó que, como la práctica la tuve mucho tiempo después del taller preclínico, tuve que ver videos y revisar mis apuntes para recordarme” (E, 07).

“Yo pienso que los talleres de simulación clínica deben estar cercanos al desarrollo de nuestras prácticas profesionales, porque quedan muy desfasados con el inicio al campo clínico” (E, 08).

8. Número de estudiantes por talleres preclínicos. Estos relatos ejemplifican esta subcategoría:

“Creo que la cantidad del aforo es un punto que se debe considerar, porque al tener muchos alumnos en un mismo laboratorio, se reducen las oportunidades personales [...]” (E, 02).

“[...] yo siento que con más de cinco alumnos es muy difícil que todos practiquemos con un solo fantoma, entonces como son escasos los implementos siempre falta tiempo para reforzar todo lo que uno quisiera” (E, 08).

En virtud de los hallazgos presentados, la Figura 1 representa un esquema de las relaciones conceptuales de las unidades de análisis y sus categorías, y la Figura 2 evidencia las agrupaciones de códigos y sus respectivas subcategorías.

Figura 1

Esquema de relaciones conceptuales unidades de análisis y sus categorías.

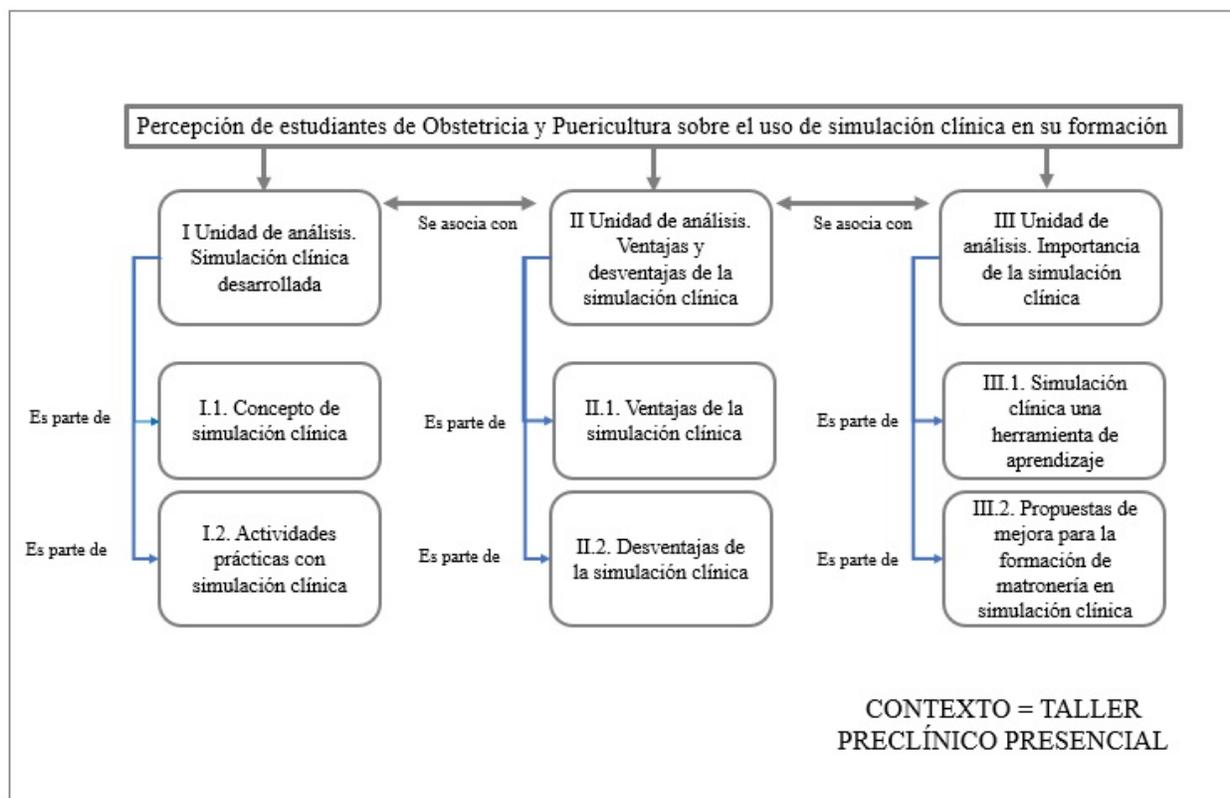
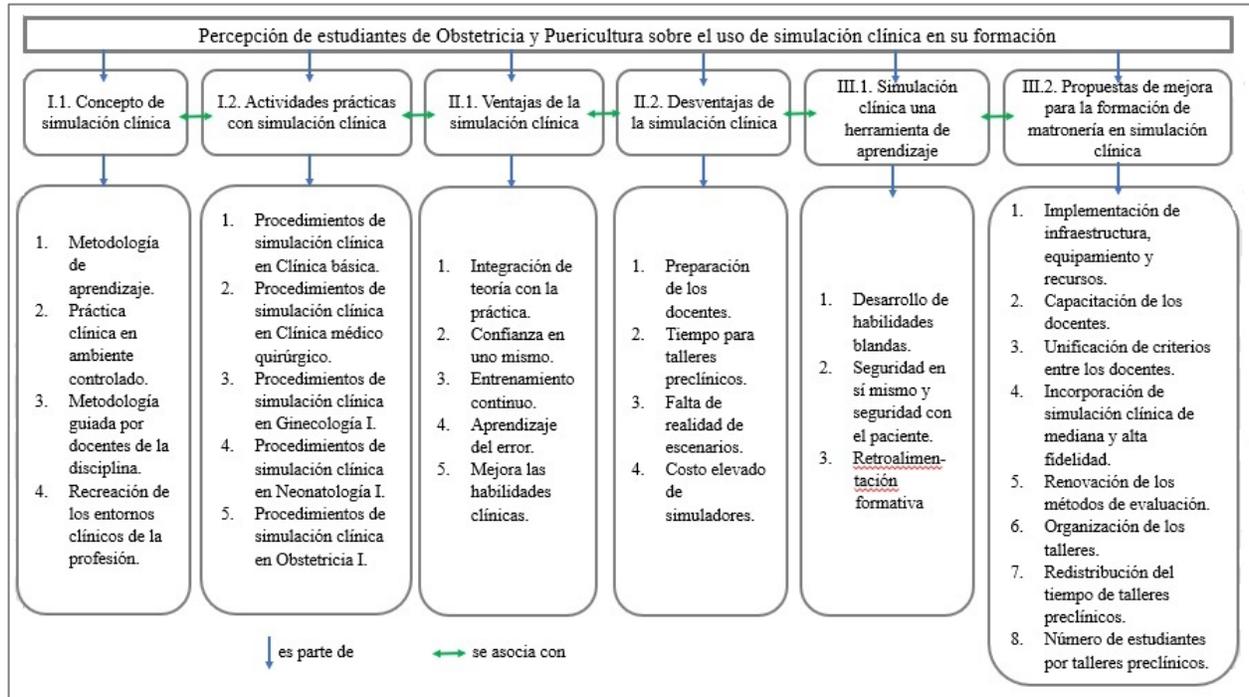


Figura 2

Esquema de relaciones conceptuales categorías y sus subcategorías.



DISCUSIÓN

Los estudiantes de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Antofagasta han cursado talleres de simulación clínica durante su trayectoria académica, reconociéndose como una metodología innovadora que permite desarrollar un aprendizaje significativo en la etapa preclínica. Este hallazgo concuerda con otras investigaciones en discentes de matronería a nivel nacional (Avendaño et al., 2019; Ceballos et al, 2016; Jara-Rosales et al., 2020; Pérez y Maureira, 2021). Gracias a esta técnica, existe un número mínimo de eventos adversos en los pacientes que son atendidos por este estudiantado, garantizando la seguridad en la atención de los pacientes (Altamirano-Droguett, 2019).

El concepto de simulación clínica fue reconocido por el grupo de interés como una metodología didáctica, en un ambiente controlado, que debe ser guiada por un docente y recrea entornos asistenciales de la profesión. Estas descripciones concordaron con Gaba (2004), pues es una técnica que reemplaza una experiencia natural e involucra aspectos de un entorno clínico de manera interactiva y segura. Asimismo, el estudiantado declaró importante adquirir habilidades para el empoderamiento del rol profesional, siendo el docente quien define y certifica los resultados de logros del desempeño clínico de sus aprendices. Estas percepciones coincidieron con Albailay y Silveira (2020); Escudero et al. (2018), porque el instructor es un moderador que entrega oportunidades en entornos simulados controlados y evidencia las capacidades propias de cada estudiante a través del entrenamiento.

Por otra parte, los estudiantes reiteraron que, esta herramienta pedagógica es útil para aplicar los saberes teóricos, ejecutar procedimientos y tomar decisiones frente a la atención de un paciente. Si fusionamos cada una de estas habilidades, estamos frente al concepto de competencia. En la

práctica de las Ciencias de la Salud se define por competencia clínico-profesional, como la práctica clínica basada en el empleo juicioso y razonamiento lógico que, junto con destrezas técnicas, de comunicación, actitudes positivas y valores, beneficia al paciente y a la comunidad a la que pertenece (Epstein, 2007). Entonces, confirmamos que, la simulación clínica no solo beneficia al estudiante y al docente, sino que además beneficia al paciente.

Actualmente, en Chile, la gran mayoría de los programas de Educación Superior en Ciencias de la Salud contemplan esta nueva forma de enseñanza (Alballay y Silveira, 2020; Avendaño et al., 2017; Ávila et al., 2016; Escudero et al., 2018; Illesca et al., 2019; Ruiz y Gue, 2020); en la carrera de Obstetricia y Puericultura es una herramienta que se escala en el currículo de pregrado según su complejidad durante los cinco años de formación (Altamirano-Droguett et al., 2019). Sin embargo, los participantes desarrollaron la simulación clínica de baja fidelidad y, de manera escasa, la simulación de mediana complejidad. Prueba de ello, tenemos procedimientos como el control de signos vitales en Clínica básica; la técnica de arsenaleo en Clínica médico-quirúrgico; el tacto vaginal, toma de exámenes (Papanicolau, flujo vaginal y especuloscopia) en Ginecología I; la antropometría, examen físico y limpieza en el recién nacido en Neonatología I; y la atención de un parto normal y semiología clínica en una gestante simulada (estudiante) en Obstetricia I, entre otros. Si bien estas experiencias contribuyeron en la formación de los involucrados, ellos indicaron que falta potenciar la simulación clínica en entornos más realistas, por ejemplo, Avendaño et al. (2019) reconocieron la importancia del escenario simulado de pabellones quirúrgicos gineco-obstétricos en el cuarto nivel de enseñanza en una universidad tradicional. En tanto, Jara-Rosales et al. (2020) evidenciaron la relevancia del escenario simulado de alta fidelidad “eritroféresis neonatal” en estudiantes de tercer año de Obstetricia de una universidad privada.

En relación con las ventajas de la simulación clínica, los entrevistados reconocieron que, esta metodología educativa permite la integración de la teoría con la práctica, pues el aprender haciendo es esencial en la matronería. Estos hallazgos son semejantes a Jara-Rosales et al. (2020), porque la combinación de conceptos teóricos (conocer) y de aspectos técnicos (saber hacer), brinda a los estudiantes la posibilidad de ejecutar procedimientos poco frecuentes en ambientes protegidos. Sin embargo, es relevante considerar que, mientras se ejecuten actividades de demostración o de entrenamiento de habilidades no integradas al currículo, estas no impactarán en el aprendizaje de los discentes (Escudero et al., 2018).

La confianza en uno mismo fue otra ventaja hallada en esta investigación, que se vincula directamente con el empoderamiento del rol profesional a futuro. Al respecto, los estudiantes indicaron que, la simulación clínica les permitió realizar procedimientos técnicos correctos sin dañar a terceros y, a su vez, esperan que esa seguridad sea transmitida a los futuros usuarios. Estas opiniones coinciden con Juguera et al. (2014), quienes plantearon que, la preparación basada en simulación clínica permite corregir la falta de experiencia práctica. Asimismo, la seguridad se adquiere tras la repetición de escenarios usuales e inusuales y análisis de casos, pues disminuye la ansiedad del aprendiz ante la práctica real.

Otras ventajas de la simulación clínica reconocidas por los alumnos fueron el entrenamiento continuo y el aprendizaje del error, ya que ensayar de manera reiterativa y tener la posibilidad de equivocarse sin dañar explícitamente a personas, permiten optimizar el desempeño asistencial previo ingreso al campo clínico. Estas percepciones coincidieron con Puga y Torres (2014), quienes enfatizaron que, la naturaleza de los errores contribuye a la mejora continua, siempre y cuando exista una autorreflexión del estudiante. Además, la repetición progresiva del conocimiento asegura que una conducta se aprenda per se, no solo por condicionamientos, pues

en el historial de refuerzos está el control en un ambiente determinado. Igualmente, la simulación clínica no solo implica un proceso de replicación o percepción háptica que combina la actividad táctil con la kinésica (Altamirano-Droguett, 2019), sino también los discentes tratan de entender los estados cognitivos de otros seres humanos, creando una copia de ellos en su mente para la toma de decisiones en el ámbito de su profesión. Paralelo a estas ventajas, se identificó la mejora de las habilidades clínicas, que implica el reforzamiento no solo de los conocimientos, sino además el manejo de un diálogo efectivo y la resolución de problemas en pro del bienestar del paciente. Entonces, para el logro de estas capacidades es esencial la participación del alumno en actividades de entrenamiento, práctica supervisada y autonomía (Millán Núñez-Cortés, 2008). Por lo tanto, esta metodología activa permite una ejercitación profesional que potencia el desarrollo de elementos que componen las competencias clínicas en los estudiantes y evita eventos adversos en la atención en salud (Amaya-Afanador, 2012; 2019).

Por otra parte, los discentes identificaron cuatro desventajas de la simulación clínica, tales fueron: 1) Preparación de los docentes, 2) Tiempo destinado para los talleres preclínicos, 3) Falta de realidad de los escenarios y 4) Costo elevado de los simuladores. La primera, está relacionada con la experiencia profesional, actualización de procedimientos clínicos y formación en simulación clínica dado que, el estudiantado reconoce el vínculo entre el perfil académico de sus docentes y el aprendizaje significativo. Tal como lo mencionaron López et al. (2013), gran parte del peso de la enseñanza basada en simulación clínica recae en el profesor, quien debe promover el entrenamiento estructurado y continuo para la adquisición de habilidades clínicas y la gestión de eventos críticos. La segunda desventaja se asocia con la distribución del tiempo para cada actividad práctica dado que, la distribución de las temáticas son excesivas versus el tiempo disponible para el entrenamiento por cada alumno. Según Avendaño et al. (2019), el manejo

correcto de una situación de emergencia es difícil de entrenar y evaluar en tiempo real, pues, los pasos a seguir deben fluir de manera natural. Sin embargo, el uso de los simuladores permite la reiteración y el manejo del error en la adquisición de destrezas (Escudero et al., 2018). La tercera desventaja apunta a la falta de realidad de los escenarios simulados, porque no sustituye la atención en salud real. Esta postura se asemeja a Rodríguez (2017), porque la simulación clínica no releva los pacientes ni los escenarios clínicos reales, no suple la falta de campos de prácticas y jamás reemplazará la experiencia vivida. Asimismo, Rodríguez et al. (2023) reconocieron que, esta metodología es una alternativa de enseñanza cercana a la realidad. En tanto, Ruíz (2012) postuló que, esta técnica es adecuada mientras se entrena en un ambiente semejante al contexto profesional. La cuarta desventaja se refiere al costo elevado de simuladores que obstaculiza el desarrollo de los diversos tipos de simulación clínica en la carrera dado que, los fondos estatales y proyectos adjudicables son escasos en esta Universidad y Carrera. Esta percepción es similar a González Anglada et al. (2019), quienes indicaron que, el costo de los simuladores es una limitante para el desarrollo de esta metodología, sobre todo, los relacionados con tareas complejas, de alta fidelidad, que propician las competencias blandas en los últimos años de formación.

Dentro de la importancia de la simulación clínica, el grupo de interés distinguió que, es una metodología de aprendizaje que contribuye no solo a la mejora de las habilidades clínicas, además, fortalece el trabajo en equipo, la toma de decisiones y la comunicación efectiva, entre otras. Díaz-Guio y Cimadevilla-Calvo (2019) reconocieron que, las habilidades blandas en el área de la salud se vinculan con las actitudes y el entorno de atención del paciente y de su proceso salud-enfermedad. Sin duda que, esto permite construir el rol profesional de la matrona o matrócn desde el escenario de las prácticas académicas, es decir, aprender sin dañar en entornos simulados (Juguera et al., 2014). A su vez, se adquiere seguridad en el accionar y, por ende, el discente es

capaz de entregar confianza en la atención de pacientes reales a posteriori, bajo la supervisión de un tutor hasta que logre su autonomía. Adicionalmente, la retroalimentación formativa es un aspecto relevante de la simulación clínica mencionado por los participantes, porque les permite tomar conocimiento de sus fortalezas y debilidades, y revertirlas en un breve plazo. Para López et al. (2013); Aballay y Silveira (2020), el *debriefing* o *feedback* es parte clave del aprendizaje, ya que es el momento de confrontar y argumentar los errores tanto en habilidades clínicas como cognitivas con el alumno. Según Armijo-Rivera et al. (2020), la retroalimentación es responsabilidad del instructor, quien facilita la reflexión personal, aumenta la motivación y reduce la distancia entre la situación actual en la que se encuentra el discente y la situación ideal a la que debe llegar.

Como propuestas de mejoras en simulación clínica, el estudiantado de Obstetricia y Puericultura señaló la implementación de infraestructura, equipamiento y recursos. En relación con este punto, entre mayo 2021 y octubre 2022, se ejecutó un proyecto de simulación clínica que consideró la remodelación e implementación del recinto existente. Sin embargo, a la fecha, no se ha definido los lineamientos de operatividad del lugar y funcionamiento de las cuatro salas de simulación clínica, con una superficie total de 108 metros cuadrados. Por otra parte, los participantes consideraron pertinente estructurar la capacitación del cuerpo docente de la carrera y la unificación de criterios. Según Rodríguez (2017), la formación al profesorado le permite innovar e introducir el cambio y mejoras en el proceso de enseñanza y aprendizaje. Entonces, el éxito de las simulaciones depende en gran medida de la calidad de formación del profesorado y se enlaza con otras medidas remediales como: el fortalecimiento de la simulación clínica de mediana complejidad, la implementación de escenarios de alta complejidad; la renovación de los métodos de evaluación; la organización y distribución de los tiempos de los talleres preclínicos y el número

de alumnos por actividades prácticas. Al revisar cada una de estas propuestas, todas tienen un común denominador, nos referimos al profesorado. En definitiva, el recurso humano formador es esencial para el desarrollo de experiencias significativas en el alumnado, que prepare, ejecute y evalúe escenarios que contribuyan al proceso de formación. Tal como lo mencionaron Dieckmann et al. (2020), el docente debe asegurar de no introducir riesgos al simular in situ y solicitar la ayuda que requiera; debe planificar y organizar las sesiones informativas para la ejecución de la simulación y debe utilizar métodos flexibles en términos de tiempo. Por su parte, Scalabrini et al. (2020) destacaron que, el instructor debe generar guías de taller, que en la actualidad son instrumentos claves del modelo educativo centrado en el estudiante y son la base para el desarrollo de cursos y publicaciones. Finalmente, a pesar de que han transcurrido 10 años desde que se integró la simulación clínica en el currículo de pregrado de esta carrera (Altamirano-Droguett, 2019), aún persiste el desafío de consolidar esta metodología de aprendizaje en los discentes de Obstetricia y Puericultura de esta Institución.

CONCLUSIONES

Al finalizar esta investigación se concluye que, la simulación clínica es una técnica innovadora que sirve para potenciar las habilidades clínicas y blandas en los estudiantes de la Carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Antofagasta, sin embargo, no reemplaza los contextos hospitalarios reales.

Además, los datos obtenidos son relevantes para generar toma de conciencia de las debilidades que existen en la formación, con preponderancia en el perfeccionamiento académico de los docentes y en la implementación de equipamiento y recursos. Sin duda que, estos aspectos

son esenciales para consolidar en el currículo la simulación clínica con entornos más realistas, con apoyo de simuladores de tareas complejas, pacientes estrenados y uso de programas virtuales, entre otros.

Finalmente, este estudio es un aporte más a la docencia de matronería y evidencia las mejoras que debiesen de realizarse para posicionar la simulación clínica en el pregrado, y en un tiempo no tan lejano, en el postgrado.

LIMITACIONES

Como limitación de la investigación se reconoce que, a pesar de haber aplicado la saturación de los datos en base a un microanálisis y codificación de la información bajo un muestreo no probabilístico por conveniencia, es recomendable poseer una mayor representatividad de la población. Asimismo, es sugerente aplicar otras técnicas cualitativas y cuantitativas que amplíen la visión indagatoria en una muestra mayor de participantes. No obstante, durante la fecha de aplicación del estudio solo los estudiantes de quinto año de esta carrera habían cursado talleres de simulación clínica debido a la pandemia por Coronavirus, los cuales se han mantenido, pero, de baja fidelidad.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen a las autoridades de la unidad académica y a los estudiantes de quinto año de la Carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Antofagasta, quienes participaron voluntariamente en este trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aballay, T., & Silveira, S. (2020). Simulación clínica en la enseñanza de la enfermería: experiencia de estudiantes en Chile. *Texto Contexto Enfermagem*, 29, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0295>
- Altamirano-Droguett, J. (2019). La simulación clínica: Un aporte para la enseñanza y aprendizaje en el área de obstetricia. *Revista Electrónica Educare*, 23(2), 167-187. <http://dx.doi.org/10.15359/ree.23-2.9>
- Amaya-Afanador A. (2019). Catorce pasos para introducir la simulación clínica al currículo de medicina y ciencias de la salud. *Simulación Clínica*, 1(1), 55-60. <http://dx.doi.org/10.35366/RSC1911>
- Amaya--Afanador, A. (2012). Simulación clínica y aprendizaje emocional. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41, 44S-51S. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80625873001>
- Armijo-Rivera, S., Behrens-Pérez, C., Reyes-Aramburu, E. P., Pérez-Villalobos, C., & Bastías-Vega, N. (2020). Aportes de la simulación al desarrollo del razonamiento clínico en estudiantes de pregrado de medicina. *Revista Latinoamericana de Simulación Clínica*, 2(1), 19-25. <http://dx.doi.org/10.35366/92935>

Arriazu, R. (2013). *La adaptación del plan Bolonia en las aulas: Una perspectiva histórica y crítica para entender las claves y estrategias de las universidades española*. Octaedro.

<https://edicionesmagina.com/appl/botiga/client/img/16057.pdf>

Avendaño, R., Monsalve, D., Villagrán, M., & Estrada, C. (2019). Percepción de los estudiantes de cuarto año en relación a la simulación clínica en pabellones gineco-obstétricos. Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Chile, año 2017. *Revista Educación en Ciencias de la Salud*, 16(2), 143-147.

Ávila, R., Mahana, P., Rivera, C., & Mc Coll, P. (2016). Simulación Clínica como método de formación de competencias en estudiantes de medicina. *Revista Educación en Ciencias de la Salud*, 13(1), 11-14.

Beneitone, P., Esquetini, C., González, J., Marty, M., Siufi, G., & Wagenaar, R. (Eds.). (2007). *Reflexiones y perspectivas de la educación superior en América Latina (Informe final – Proyecto Tuning– América Latina 2004-2007)*. Universidad de Deusto. http://tuningacademy.org/wp-content/uploads/2014/02/TuningLAIII_Final-Report_SP.pdf

Ceballos, A., Ibañez, P., & Pérez, C. (2016). Seguridad y destreza autoreportadas en la formación de competencias clínicas obstétricas en estudiantes de obstetricia. *Educación Médica Superior*, 30(2).

Díaz-Guio, D. A., & Cimadevilla-Calvo, B. (2019). Educación basada en simulación: debriefing, sus fundamentos, bondades y dificultades. *Revista Latinoamericana de Simulación Clínica*, 1(2), 95-103.

Dieckmann, P., Torgeirsen, K., Qvindesland, S., Thomas, L., Bushell, V., & Ersdal, H. (2020). The use of simulation to prepare and improve responses to infectious disease outbreaks like COVID-19: practical tips and resources from Norway, Denmark, and the UK. *Advances in Simulation*, 5(3), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s41077-020-00121-5>

Juguera, L., Díaz, J., Pérez, M., Leal, Rojo, A., Echevarría, P. (2014). La simulación clínica como herramienta pedagógica. Percepción de los alumnos de grado en enfermería en la UCAM (Universidad Católica San Antonio de Murcia). *Enfermería global*, 13 (33), 175-190.

Denzin, N., & Lincoln, Y. (2018). *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (5th ed.). Sage.

Epstein R. (2007). Assessment in medical education. *The New England journal of medicine*, 356(4), 387–396. <https://doi.org/10.1056/NEJMra054784>

Escudero E., Avendaño Ben-Azul M., & Domínguez Cancino, K. (2018). Simulación clínica y seguridad del paciente: integración en el currículo de enfermería. *Scientia Médica*, 28(1), 1-13. <http://doi.org/10.15448/1980-6108.2018.1.28853>

Ferrero, F. (2017). ¿Puede la simulación clínica contribuir al aprendizaje significativo de competencias educativas? Una aproximación constructivista. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 60(S1), 49-59.

Gaba, D. M. (2004). The future vision of simulation in health care. *Qual Saf Health Care*, 13(1), i2- i10. https://doi.org/10.1136/qhc.13.suppl_1.i2

Giesecke, M. (2020). Elaboración y pertinencia de la matriz de consistencia cualitativa para las investigaciones en ciencias sociales. *Desde el Sur*, 12(2), 397-417. <https://doi.org/10.21142/DES-1202-2020-0023>

González Anglada, M. I., Garmendia Fernández, C., & Moreno Núñez, L. (2019). Una estrategia para la formación en seguridad del paciente durante la residencia: Desde el incidente crítico a la simulación. *Parte 2. Educación Médica*, 20(4), 231-237. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2019.03.001>

Illesca, M., Novoa, R., Cabezas, M., Hernández, A., & González, L. (2019). Simulación Clínica: opinión de estudiantes de enfermería, Universidad Autónoma de Chile, Temuco. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 8(2), 51-65. <https://doi.org/10.22235/ech.v8i2.1845>

Jara- Rosales, S., Villanueva, R., Pérez-Pérez, C., Godoy-Guzmán, C., Fernández, J., & Sepúlveda-Gotterbarm, J. (2020). Percepción de estudiantes de tercer año de la carrera de obstetricia de la Universidad San Sebastián sobre el escenario simulado “eritroféresis neonatal”. *Matronería Actual*, (1), 17-26. <https://doi.org/10.22370/rev.mat.1.2020.2172>

López, M., Ramos, L., Pato, O., & López, S. (2013). La simulación clínica como herramienta de aprendizaje. *Cirugía. Mayor Ambulatoria* 18(6), 25-29.

Maran, N. J., & Glavin, R. J. (2003). Low- to high-fidelity simulation - a continuum of medical education? *Medical Education*, 37(1), 22-28. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.37.s1.9.x>

Millán Núñez-Cortés, J. (2008). La enseñanza de las habilidades clínicas. *Educación Médica*, 11, 21-27.

Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaría de Salud. (2012). *Ley 20584 (24 abril 2012)*. Biblioteca del Congreso Nacional. <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>

Noreña, A., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J., & Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Revista Aquichan*, 12(3), 263-274.

Pérez, E., & Maureira, J.E. (2021). Autoeficacia y aprendizaje en ciencias de la salud: Una exploración del efecto de la integración de recursos audiovisuales a simulación clínica de pregrado en Obstetricia. *Revista Educación en Ciencias de la Salud*, 18(2), 106-111.

Puga, M., & Torres, C. (2014). Perspectiva andragógica de la simulación clínica. *Revista Ciencia UNEMI*, (2), 37-46.

Rodríguez, F. (2017). La enseñanza clínica, un reto de nuestro tiempo. *Acta médica Grupo Ángeles*, 15 (3), 246-247.

Rodríguez, Á., Delgado, M., Orozco, K., Curay, P., & Barros, H. (2023). La simulación clínica en la formación de profesionales de la salud: una oportunidad para aprender a aprender. *Domino de las Ciencias*, 9(2), 438-454.

Rojas-Cáceres C, Ramírez-Álvarez CE, Goldsack-Ulloa M, Soto-Araya S, Araya-Bannout M, Gálvez-Ortega P, Romero-Ortiz C, & Araya-Ledezma M. (2022). Percepción estudiantil sobre primera Evaluación de ciclo curricular en la carrera de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Chile. *Matronería Actual*, 1(3):31-45. <https://doi.org/10.22370/revmat3.2021.3136>

Rueda, D., Arcos, M., & Alemán, M. (2017). Simulación clínica, una herramienta eficaz para el aprendizaje en ciencias de la salud. *Revista Publicando*, 4(13 (2)), 225-243.

Ruíz, S. (2012). *Simulación clínica y su utilidad en la mejora de la seguridad de los pacientes* [Tesis Bachiller], Universidad de Cantabria.
<https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/901>

Ruiz, P., & Gue, J. (2020). Satisfacción de estudiantes de enfermería con práctica de simulación clínica en escenarios de alta fidelidad. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 29, 1-12.
<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0348>

Scalabrini, A., Fonseca, A., & Soares, C. (2020). *Simulação Clínica e Habilidades na Saúde* (2th ed.). Atheneu.

Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la Investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia.

Valencia, J., Tapia, S., & Olivares, S. (2019). La simulación clínica como estrategia para el desarrollo del pensamiento crítico en estudiantes de medicina. *Investigación en educación médica*, 8(29), 13-22. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.08.003>

Velasco, A. (2013). *Simulación clínica y enfermería, creando un ambiente de simulación* [Trabajo de grado], Universidad de Cantabria, España.
<https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/3949>

Ziv, A., Wolpe, P. R., Small, S. D., & Glick, S. (2003). Simulation-based medical education: An ethical imperative. *Revista Academic Medicine*, 78(8), 783-788. <https://doi.org/10.1097/00001888-200308000-0000>



[Percepción de estudiantes de Obstetricia y Puericultura sobre el uso de simulación clínica en su](#)

[formación](#) © 2023 by [Janet Altamirano Droguett](#) is licensed under [CC BY-NC-SA 4.0](#)