

Aprendizaje Significativo en Estudiantes de Ciencias de la Salud con la Metodología de Simulación Clínica de Mediana Complejidad

Significant Learning in Health Sciences Students with the Methodology of Clinical Simulation of Medium Complexity

Catherine Muñoz¹; Constanza Díaz²; Diego Fernández² & Bernardita Garcés²

MUÑOZ, C.; DÍAZ, C.; FERNÁNDEZ, D. & GÁRCES, B. Aprendizaje significativo en estudiantes de ciencias de la salud con la metodología de simulación clínica de mediana complejidad. *J. health med. sci.*, 5(4):216-223, 2019.

RESUMEN: Que nuestros jóvenes sean sujetos de aprendizaje y vivencien aprendizajes significativos, es un desafío en la educación superior. También que estas experiencias permitan humanizar el cuidado del paciente. La simulación clínica de mediana complejidad con pacientes simulados por actores cumple con esta expectativa, pues ofrece la posibilidad de poner en una situación humana, desafiante y realista. El objetivo de este estudio fue reconocer las características que dan a esta metodología el carácter de una situación de aprendizaje significativo en ciencias de la salud. Para ello se realizó entrevista en profundidad a 10 estudiantes de enfermería de una Universidad Privada de Temuco, Chile, el semestre posterior a su participación en laboratorios de simulación clínica con actores en atención de niños, cuando realizaban su práctica profesional. Se realizó análisis cualitativo de datos en el marco de la teoría fundamentada empleando el programa Atlas T. Los estudiantes coincidieron en que la experiencia tuvo un impacto importante en su formación, pues debieron tomar decisiones, vivenciando emociones parecidas a las que vivieron posteriormente en sus prácticas profesionales, acercándolos a la complejidad del procesamiento de información del campo real. Los hallazgos se discuten en torno a la utilidad de la metodología en la formación de habilidades para la toma de decisiones, trabajo colaborativo y formación ética. Se reflexiona en torno al rol del profesor y la relación pedagógica durante el proceso formativo, al impacto del reconocimiento emocional en la formación en cuidados humanizados y al acompañamiento de los jóvenes aprendices en el contexto de universidad masiva. Se identifican también los aspectos que obstaculizan estas posibilidades de aprendizaje en la simulación clínica de mediana complejidad.

PALABRAS CLAVE: educación superior, aprendizaje significativo, habilidades complejas.

INTRODUCCIÓN

Educar hoy compromete pensar en la formación del sujeto estudiante y no sólo aspectos técnicos asociados a la atención clínica de calidad. Que el estudiante sea un sujeto implica, en la concepción de González-Rey (2010, 2011, 2012), creatividad al producir sus propios sentidos subjetivos, lo que requiere que el sujeto pueda procesar su vivencia en unidad cognitivo- emocional, cuestión que se realiza en la relación con otros y consigo mismo, al entenderse en una situación que es cultural, histórica y social.

Una educación que reconozca la unidad cognitivo-emocional del sujeto aprendiz, se hace im-

perativa en salud pues, durante el primer quinquenio de esta década, se configuró la demanda de formar humanizadamente, por efecto de: la ley de deberes y derechos de los pacientes, la acreditación de instituciones prestadoras de salud y la evaluación de la calidad de servicios de salud. La primera estableció que toda persona tiene el derecho a un trato digno y respetuoso en toda circunstancia de atención de salud (BCN, 2012). La segunda, al requerir respeto por derechos, como la dignidad y el respeto por las personas (Superintendencia de Salud, 2009). La tercera, la satisfacción usuaria nacional en el 2012, se relacionó a que los usuarios valoraron "sentirse protegi-

¹ Grupo de Investigación en Cultura, Educación y Transformación Social (ICET), Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de Chile.

² Escuela de Enfermería, Universidad Santo Tomás, Temuco, Chile.

do” en lugar de cosificado y un personal cálido y humano, que otorga información expedita con lenguaje claro y directo, apoyo psicológico y rapidez en la atención (Superintendencia de Salud, 2012), en el 2014 se dio cuenta al público que la percepción de falta de un trato respetuoso y digno en la atención de salud se relacionó a la sensación de abuso de poder, falta de información y las esperas (Superintendencia de Salud, 2014).

Una segunda fuente de demanda a la consideración del estudiante como sujeto, se produjo desde la masificación de la universidad (LYD, 2015; Méndez, 2015). La universidad masiva ha traído consigo a estudiantes con nuevos perfiles y modos de aprendizaje (Canales & De los Ríos, 2009; Restrepo, 2010) que demandan del sistema educativo poner al estudiante en el centro de la función educativa universitaria tal como señala Tobón *et al.* (2010) al plantear que la formación en educación superior debe generar las condiciones pedagógicas esenciales para facilitar la formación de personas integrales, integrales y competentes para afrontar los retos-problemas del desarrollo personal y la vida en sociedad; poniendo el énfasis en la relación pedagógica entre profesor y estudiante, sustentada en un marco de acción que promueva la mediación. Esto hace necesaria una docencia metacognitiva.

La simulación se ha vinculado al aprendizaje experiencial en el sentido de Kolb & Kolb (2001) y el ciclo del aprendizaje, donde las etapas son: 1) experiencia concreta. 2) observación reflexiva de aquello que se hizo (experiencia) estableciendo una conexión entre lo hecho y los resultados obtenidos, 3) conceptualización abstracta de conclusiones o generalizaciones, obtenidas por la reflexión y 4) experiencia activa donde se prueban las conclusiones obtenidas, utilizándolas como guía para orientar acciones en situaciones futuras.

Sin lugar a dudas este criterio formativo tiene sentido en ciencias de la salud pues, luego de graduarse, los estudiantes deben resolver problemas clínicos complejos en la vida real, en situaciones con múltiples requisitos en conflicto (Oermann & Gaberson, 2009). Sin embargo, experiencias complejas y realistas se ven limitadas por la corta duración de las prácticas clínicas curriculares, lo que afecta las oportunidades de tener experiencias con pacientes reales (Yuan *et al.*, 2012) y una función más bien pasiva de los estudiantes en ellas (Saíz & Susinos, 2014).

La simulación emerge en los currículos como una estrategia que proporciona situaciones clínicas realistas y permite practicar y aprender en un ambiente seguro (Norman, 2012, Arthur *et al.*, 2012). Se ha comprobado que mejoran las habilidades de comunicación, la capacidad de colaborar con otros miembros de un equipo médico y la capacidad de manejar situaciones complejas (Norman *et al.*, 2012), así como aumentan la autoeficacia (Kim & Choi, 2011), eficacia del equipo y comprensión de las relaciones interpersonales (Kim *et al.*, 2011). Corvetto *et al.*, (2013) señalan ventajas como menor estrés y mejor disposición a realizar procedimientos solos, también mejor disposición a los pacientes. Saíz & Susinos refieren que los estudiantes consideraron la simulación clínica como una herramienta formativa que promovía la toma de decisiones, el pensamiento crítico, la integración de conocimientos y la oportunidad de aprender haciendo, pudiendo pensar y hacer muchas cosas al mismo tiempo de manera independiente. Estas ventajas de la simulación clínica como metodología para crear situaciones de aprendizaje realistas está comprobada (Shin *et al.*, 2015).

Respecto al empleo de pacientes simulados Moore *et al.* (2016) menciona que los estudiantes de enfermería identifican que el rol playing les permite hacer frente a la ansiedad, el temor y las dudas ante una futura situación real de cuidado. En general los autores coinciden en que la simulación de pacientes por actores se utiliza para entrenamiento en evaluación y diagnóstico, manejo de pacientes y gestión clínica. Las habilidades a desarrollar en ella son psicomotoras, cognitivas e interpersonales.

En función del escenario antes descrito y de la evidencia en favor del empleo de la simulación clínica con pacientes simulados para la formación de estudiantes con desempeño clínico humanizado y más consciente, el objetivo de este estudio fue reconocer las características que dan a este tipo de simulación clínica de mediana complejidad el carácter de una situación de aprendizaje significativo en ciencias de la salud.

MATERIAL Y MÉTODO

Esta investigación fue de tipo cualitativo y se circunscribió a los criterios de la Teoría Fundamental (Strauss & Corbin, 2002), lo que implicó que se construyó una teoría comprensiva del fenómeno de

aprendizaje a partir de los datos recopilados. Los datos fueron recolectados mediante la técnica de entrevista en profundidad, empleando como instrumento una pauta semi estructurada, donde a través de preguntas se abordó temas y conceptos gatillantes del recuerdo de la experiencia educativa en tres focos: conceptualización de la experiencia de simulación clínica, identificación de aprendizajes alcanzados y evaluación personal de la experiencia. Para validar la entrevista se utilizó la perspectiva de Kvale (2007), para quien la validación se vincula a la capacidad del investigador para cuestionar e interpretar teóricamente los hallazgos.

La selección de participantes estuvo determinada por la técnica de muestreo teórico, el que fue guiado por la teoría emergente, siguiendo la lógica propuesta por Strauss & Corbin. El muestreo fue secuencial, comenzó por un muestreo selectivo de estudiantes que habían vivido la experiencia de aprendizaje mediante simulación clínica y se dio paso a un muestreo teórico, cuando los conceptos comenzaron a emerger (Draucker *et al.*, 2007) y se identificó que el proceso valorativo que otorgaba significado y alcance al aprendizaje por simulación de pacientes, era la vivencia de prácticas profesionales. Así, el muestreo teórico y el análisis de datos se entrelazó, orientando la recolección para ir desarrollando los conceptos teóricos emergentes (Glaser, 1978). En total, se entrevistó a 10 estudiantes que habían cursado la asignatura donde se empleó simulación clínica de mediana complejidad. Cada uno de los participantes, antes de ser entrevistado, firmó un consentimiento informado, de acuerdo con lo establecido por los comités de ética nacionales, quedando claramente indicada la participación libre y voluntaria, manteniéndose además el anonimato y confidencialidad de la información recogida.

La saturación teórica se determinó siguiendo los planteamientos de Glaser & Strauss (1967), quienes señalan que la saturación teórica se da en el instante en que no existen datos adicionales que puedan ser encontrados para el desarrollo de las categorías por parte de los investigadores. Realizada cada una de las entrevistas, se procedió a su transcripción de manera secuencial para generar el corpus textual, siendo procesadas en el software Atlas T. El análisis realizado fue de contenido, iniciando por la codificación abierta que, junto al método de comparación constante, permitió descubrir conceptos abriendo así corpus textual a la emergencia teórica. Posteriormente, se dio paso a la identificación de las similitudes y diferencias entre los conceptos, lo que permitió ir generando las categorías en términos de propiedades y dimensiones, en el

proceso de codificación axial. Finalmente, para responder al objetivo de investigación y generar un cuerpo teórico comprensivo, se realizó el análisis selectivo. Según Strauss & Corbin, la técnica permite pensar de manera comparativa al contrastar los incidentes, lo cual permite obtener diversos puntos de vista respecto a un hecho, controlando el sesgo en el análisis.

RESULTADOS

Las características que dieron a la simulación clínica de mediana complejidad con pacientes simulados el carácter de una situación de aprendizaje significativo en ciencias de la salud, se vinculó a las habilidades ejecutadas en la simulación y al clima de aula que proporcionó las condiciones para desplegar estas habilidades cognitivo-sociales.

Como muestra la Figura 1, los estudiantes valoraron esta metodología como un recurso importante para el desarrollo de habilidades pues les demandó habilidades integradas para resolver problemas (competencias). Esta integración les exigió poner en juego habilidades cognitivas, afectivas y sociales más complejas que las habitualmente empleadas en la formación. Se distinguieron cuatro ejes experienciales: interacción, habilidades cognitivas complejas, rol profesional y procedimientos.

Según percibieron los estudiantes, este tipo de simulación permitió recrear la relación con el paciente poniendo en juego la comunicación con él y su familia, ampliando la unidad de atención al sistema familiar, como se espera en el modelo de salud biopsicosocial y de atención familiar. El alcance de la simulación con actores se manifiesta en que los estudiantes describieron situarse en la cultura del otro para entender sus necesidades y desarrollar conductas de cuidado de la salud.

Un segundo elemento relacional se encontró en el equipo de atención en salud. Debieron comunicarse de modo efectivo y situado, consideraron la función, la persona y la situación clínica puntual en que se trabajaba.

Un tercer elemento de aprendizaje puesto en juego en la simulación con actores fue la empatía. Debieron poner en juego las propias emociones para restringir aquellas que los ponían en primera escena (ansiedad, temor) y emplear aquellas que permitían

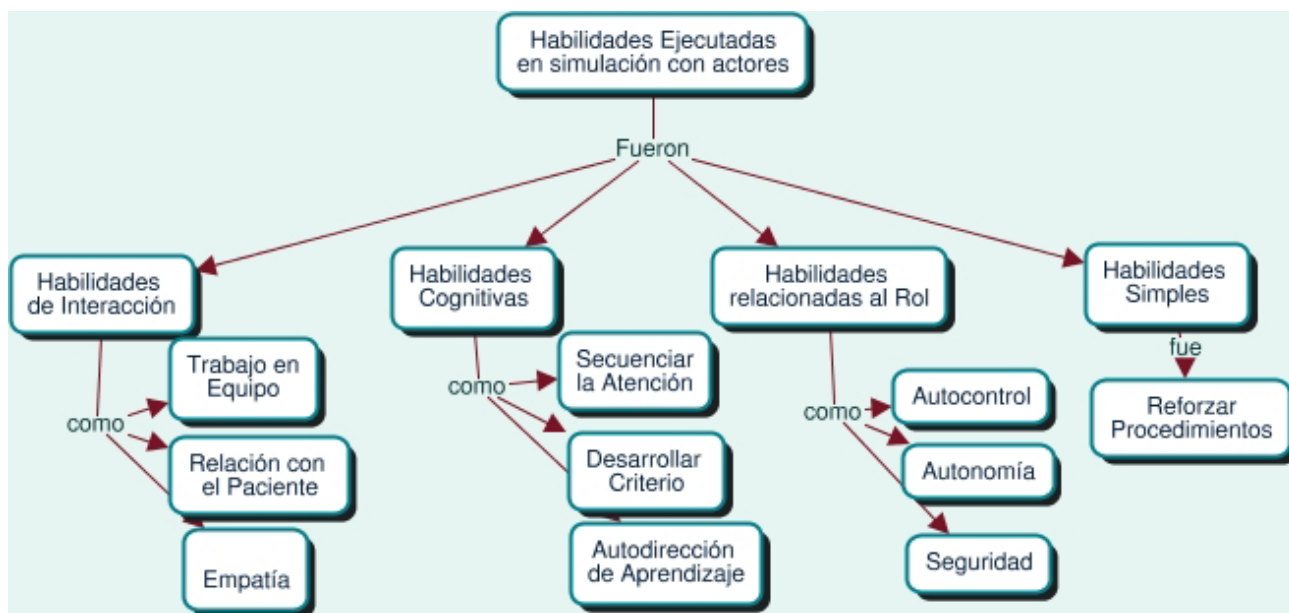


Fig. 1. Habilidades ejecutadas en simulación con actores.

entender al paciente y colocar sus necesidades por sobre las necesidades personales (morales –como no fallar–, de aprendizaje –como ser bueno–, o afectivas –como ser apreciado–) que subyacían a la ansiedad y el temor.

Un segundo eje de habilidades fue el de habilidades cognitivas complejas. Éstas se desplegaron porque a diferencia de las prácticas curriculares, en simulación debieron hacerse responsables de dar curso a la atención, sin sentir que un profesor supervisor podía tomar el control en lugar de ellos. Dentro de las habilidades cognitivas que pudieron auto-observar se encontró: (a) secuenciar la atención, que implicó priorizar y organizar ideas para luego imaginar pasos de acción. Luego de ello podían dar curso a la atención. (b) Desarrollar criterio: debieron ser juiciosos al prestar cuidados, debieron pensar lo que sintieron y cómo se debía proceder. La evolución de la situación iba retroalimentando el criterio. (c) Consciencia de la autodirección del aprendizaje. Se dieron cuenta que pueden no saber algo al momento de enfrentar la situación simulada, sin embargo, deben saber a la próxima vez.

Un tercer eje de aprendizajes se relacionó a habilidades requeridas para desempeñar el rol de prestador de cuidados humanos de salud. Estas habilidades personales, entendidas habitualmente como actitudinales fueron: (1) seguridad, comprendida como poder enfrentar una situación crítica o compleja con confianza en sí mismo, creyendo en sus capacidades; (2) autonomía,

vivenciada como actuar de forma independiente al tomar decisiones según criterio propio, bajo el parámetro de la evolución del paciente; (3) autocontrol, vivenciado como manejar la ansiedad, temor e impulsividad, necesario para poder pensar, secuenciar, decidir y actuar. Los estudiantes aprendieron a cumplir con funciones propias del rol pues debieron realizar funciones y actividades que antes no se habían autorizado o no consideraban como algo propio.

Un cuarto eje fue la mejora en el desarrollo de procedimientos, cuestión que es abordada de modo sencillo en este tipo de simulación y que para los estudiantes no implicó más demandas que la vivenciada en laboratorios previos. Esto se esperaba, pues la tarea técnica no es una sorpresa, ha sido aprendida secuencialmente, como cualquier procedimiento.

En segundo término, como grafica la Figura 2, analizaremos las condiciones que hacen de la simulación con actores una buena metodología de aprendizaje en ciencias de la salud, según la vivencia de estudiantes. Desde las características técnicas señalaron que el montaje debe ser realista, lo que requiere destreza de los actores; las situaciones deben ser demandantes (en este caso, de alto riesgo pediátrico) y entretenidas al tener variedad de desenlaces ligados a las decisiones tomadas. Un último componente fue la retroalimentación docente, que debe ser inmediata. Estas cualidades provocaron que se sintieran involucrados.

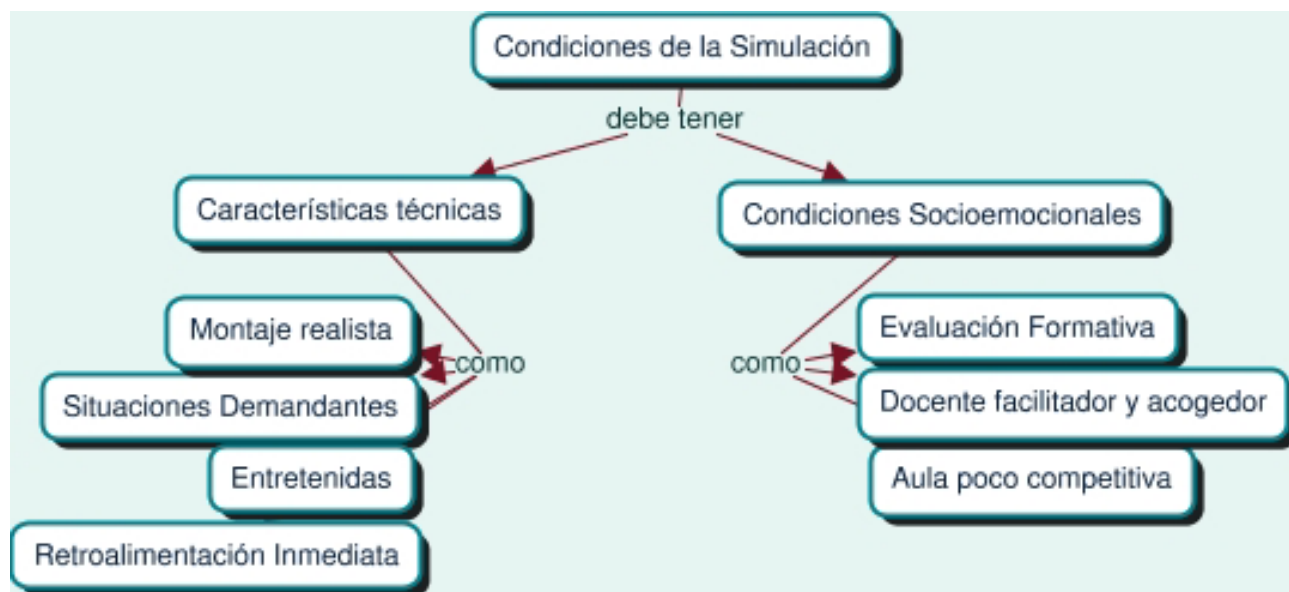


Fig. 2. Condiciones facilitadoras del buen clima socioemocional en aula.

Un segundo eje de condiciones fueron las socio-emocionales relacionadas al aula. Los estudiantes refirieron que la simulación expone al juicio social en el aula, esto aumenta la intensidad de emociones personales que dificultan aprender, como ansiedad e incertidumbre. Por esto la simulación requiere un buen clima de aula, donde los estudiantes puedan cometer errores y corregir, sin sentirse juzgados. Este buen clima de aula se facilita cuando: a) existe evaluación formativa, que permite poner en juego las habilidades cognitivas complejas requeridas antes de la calificación; b) un docente facilitador de aprendizajes y acogedor, que fue vivenciado como alguien implicado y poco sancionador, que generaba un clima de aula confiable, entusiasta y creativo; c) un aula poco competitiva (sin chismes ni descalificación), donde dominaron relaciones de compañerismo y solidaridad.

DISCUSIÓN

Si observamos los resultados relacionados al desarrollo de habilidades, los relatos organizaron tres ejes experienciales: habilidades de interacción (comunicación con la unidad paciente-familia, comunicación con el equipo, empatía), habilidades de pensamiento (secuenciar la acción, criterio clínico y autodirección) y habilidades relacionadas al rol (seguridad, autonomía y autocontrol).

Sentir la demanda de desarrollar habilidades de modo sensitivo-racional facilitó hacerse responsable

y con ello, dio más autonomía al estudiante para asumir una función activa, como también encontró Saíz & Susinos junto a Shin *et al.* En la vivencia de los entrevistados el error servía para aprender, estudiaron a partir de él: "el error es fuente de aprendizaje, no debe perpetuarse". Probablemente este sea un punto crítico de la ética en educación para equipos de salud. El hallazgo relevante ligado a lo anterior fue que esta metodología permitió que la demanda se situara dentro del aprendiz y no fuera, una demanda docente. Esto facilitó asumir su aprender con un carácter ético práctico, al simular pacientes en situaciones complejas, como demandaron los hallazgos de Oermann & Gaberson y Yuan *et al.*

El aprendizaje tuvo un énfasis experiencial en el sentido de Kolb & Kolb. La significación de la eficiencia de atención se diferenció de otras estrategias de aprendizaje, al poner el énfasis en el desarrollo de habilidades cognitivo-emocionales relacionadas al desempeño del rol, que esta estrategia facilitó. Un cuarto eje de aprendizajes, muy desarrollado en la investigación en simulación, fue la mejora en el desarrollo de procedimientos (Rutherford-Hemming *et al.*, 2019), que no marcó diferencia con otras estrategias de aprendizaje como laboratorios, en la experiencia de quienes vivieron la simulación.

Si relacionamos la autoexigencia de los estudiantes para desarrollar habilidades de comunicación con la unidad atendida (familia-paciente), con el equipo de atención en salud y la empatía, vemos la poten-

cia de la simulación con actores para aprender a brindar cuidados humanizados en salud. Estos hallazgos coinciden con el hallazgo previo de que esta metodología facilita una mejor comprensión de las relaciones interpersonales (Kim *et al.*), mejora de las habilidades de comunicación y de colaborar con otros miembros de un equipo (Norman *et al.*) junto a desarrollar una mejor disposición a los pacientes (Corvetto *et al.*). En síntesis, el desarrollo de habilidades de interacción facilitó la provisión de cuidados humanizados, más aún cuando es sentida como una demanda apropiada, es decir, interna, asignándole relevancia ética.

La situación de aprendizaje a través de esta metodología permitió entender que la interacción es parte de la provisión de cuidados humanos de salud y que se requiere desarrollar habilidades en este ámbito (empatía, comunicación, trabajo en equipo). González-Rey (2012) mostró que en el espacio interaccional se movilizan recursos subjetivos relevantes. Ellos, utilizados en el marco del aprendizaje de cuidados de salud, son componentes importantes en la recuperación de la salud y la evaluación de la calidad en la provisión del servicio; como efecto, se respetan derechos y mejora la percepción de atención usuaria (como demanda el BCN y Superintendencia de Salud, 2009). Promover prácticas educativas que ayuden a los estudiantes a tomar conciencia activa del espacio interaccional es muy relevante para la formación con ética, de los profesionales del área de la salud.

Una de las distinciones realizadas en el discurso de los estudiantes que cobró relevancia para el equipo investigador fue la distinción entre función y persona. Permitted mantener un trato humano dentro del equipo, al entender que existe una persona que ejecuta una función, que debe ser tratada como tal para alcanzar un buen desempeño. El desempeño se entendió dentro de una situación, no como una cuestión del “ser” del compañero de equipo. Ambas distinciones resultaron interesantes aprendizajes en salud, donde tiende a mecanizarse la relación de atención con familiares y entre colegas (Paravic *et al.*, 2004).

La simulación proporciona situaciones clínicas realistas en un ambiente seguro (Norman, Arthur *et al.*). Este ambiente seguro permite mejorar la capacidad de manejar situaciones complejas (Norman *et al.*), la autoeficacia (Kim & Choi) y la eficacia del equipo (Kim *et al.*). Estos estudiantes relataron su autoeficacia, la eficacia del equipo y el manejo de situaciones clínicas al responsabilizarse del desarrollo de habilidades

y sentir que las desarrollaban (lo segundo se transforma en un motivador). Los estudiantes se hicieron conscientes de que aprendizaje era una tarea personal, lo que convirtió al aprendiz en un ser activo-creativo y la situación de aprendizaje en significativa.

En este estudio, las características técnicas para la recreación de las situaciones de simulación fue un motivador esencial, pues fijaba la demanda de habilidades, mientras que las condiciones socio afectivas del aula eran fundamentales para que las habilidades en desarrollo fueran mostradas en el curso. Moore *et al.* dieron cuenta de la relevancia de la simulación con actores para hacer frente a la ansiedad, el temor y las dudas, ante una futura situación real de cuidado. Esto no fue simple en este grupo de estudiantes. Relataron la sensación interna de ansiedad, temor e incertidumbre ante la situación simulada, cuestión que pasó a lugar secundario cuando vieron la necesidad del paciente, su angustia y temor. Pospusieron sus sensaciones para dar cabida a las del otro (empatía en un segundo nivel de desarrollo). Sus sensaciones pasaron de desestrés a estrés y movilizaron estudiar. Al relacionar esto al estudio de Corvetto *et al.* que encontró en la simulación ventajas como menor estrés, en esta investigación se aprecia que el estrés es de una naturaleza distinta, al poder significarse dentro de un grupo de apoyo sin que el riesgo del paciente sea real.

Sin embargo, esta no fue una cualidad de la simple metodología, este estudio mostró que se requiere de docentes capaces de generar las condiciones socio afectivas para que los estudiantes se expongan públicamente al ejercicio sus habilidades cognitivas, afectivas y sociales, es decir, su ser aprendiz en totalidad.

CONCLUSIONES

En general los autores coinciden en que la simulación de pacientes por actores se utiliza para entrenamiento en evaluación y diagnóstico, manejo de pacientes y gestión clínica. Las habilidades a desarrollar en ella son psicomotoras, cognitivas e interpersonales, tal como se encontró en esta investigación. Sin embargo, desarrollar estas habilidades requiere la puesta en juego del estudiante como sujeto creativo, una posición que pone en juego a su ser estudiante en totalidad (habilidades cognitivo emocionales y sociales) y que por lo tanto, lo deja expuesto en un espacio público.

La potencia de este tipo de aprendizaje es la puesta en sentido de la vivencia y el aprendizaje de ser profesional de salud. No obstante, esta cualidad requiere de docentes que sean capaces de proveer el clima de aula que permita movilizar todos los recursos personales para vivenciar aprendizajes que se producen en ansiedad e incertidumbre.

MUÑOZ, C.; DÍAZ, C.; FERNÁNDEZ, D. & GÁRCES, B. Significant learning in health sciences students with the methodology of clinical simulation of medium complexity. *J. health med. sci.*, 5(4):216-223, 2019.

ABSTRACT: For our youth, to be learners and experience meaningful lessons at higher education, that also give a human face to the patients care, is a challenge. Clinical simulation of median complexity with actor-simulated patients meets this expectancy since it offers the chance to create a human situation, challenging and realistic. This study aimed to recognize the features that give this methodology the tone of a significant learning situation in health sciences. For this purpose, a deep interview was made to 10 nursing students from the Universidad Santo Tomás, Temuco, in the following period of their participation at clinical simulation laboratories with actors for the care of children, when they were performing their professional practice. Qualitative data analysis was made as part of the grounded theory employing the Atlas T program. Students accorded that the experience had a meaningful impact in their education because they had to take decisions, making them live similar emotions to those afterward in their professional practices, bringing them closer to the complexity of the information processing from the actual field. Findings are discussed over methodology usefulness of skill-building for decision making, collaborative work, and ethical formation. There was a reflection over the teacher role and the pedagogical relation during the formative process, the impact of the emotional recognition in the formation of humanized caring and the support to youth apprentices over college context. The aspects hampering the learning possibilities in clinical simulations of median complexity were also identified.

KEY WORDS: higher education, significant learning, complex skills

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arthur, C.; Levett-Jones, T. & Kable, A. Quality indicators for design and implementation of simulation experiences: a Delphi study. *Nurse Educ. Today*, 33(11):1357-61, 2012.
- Biblioteca del Congreso Nacional (BCN). Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Ministerio de salud; subsecretaría de salud pública. Ley 20584. Chile, 2012. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348&idParte=>
- Canales, A. & de los Ríos, D. Retención de estudiantes vulnerables en la educación universitaria chilena. *Revista Calidad en la Educación*, 30:50-83, 2009.
- Corvetto, M.; Bravo, M.; Montaña, R.; Utiliti, F.; Escudero, E. & Boza, C. *et al.* Simulación en educación médica: Una sinopsis. *Rev. Med. Chile*, 141(1):70-9, 2013.
- Draucker, C. B.; Martsof, D. S.; Ross, R. & Rusk, T. B. Theoretical sampling and category development in grounded theory. *Qual. Health Res.*, 17(8):1137-48, 2007.
- Glaser, B. & Strauss, A. *The discovery of grounded theory*. Chicago, Aldine, 1967.
- Glaser, B. G. *Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory*. California, Sociology Press, 1978.
- González-Rey, F. Las categorías de sentido, sentido personal y sentido subjetivo en una perspectiva histórico-cultural: Un camino hacia una nueva definición de subjetividad. *Univ. Psychol.*, 9(1):241-53, 2010.
- González-Rey, F. *Sujeto y subjetividad en la psicología social. Un enfoque histórico-cultural*. Buenos Aires, Noveduc, 2011.
- González-Rey, F. O social como produção subjetiva: superando a dicotomia indivíduo-sociedade numa perspectiva cultural-histórica. *ECOS Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 2(2):167-85, 2012.
- Kim, H. R. & Choi, E. J. Development of a scenario and evaluation for SimBaby simulation learning of care for children with fever in emergency units. *The Journal of the Korea Contents Association*, 11(6):279-88, 2011.
- Kim, H. R.; Choi, E. Y. & Kang, H. Y. Simulation module development and team competency evaluation. *J. Korean Acad. Fundam. Nurs.*, 18(3):392-400, 2011.
- Kolb, A. & Kolb, D. *Experiential Learning Theory Bibliography 1971-2001*. Boston, Ma. McBer and Co., 2001.
- Kvale, S. *Doing interviews, Qualitative research kit*. London, SAGE Publications, Ltd, 2007.
- Libertad y Desarrollo (LYD). Casen 2013: Continúa el alza en cobertura en educación superior, 30 de enero. Libertad y Desarrollo, 2015. Disponible en: <http://lyd.org/centro-de-prensa/noticias/2015/01/casen-2013-continua-alza-en-cobertura-de-educacion-superior/>.
- Méndez, O. Neoliberalism and Equity: Chilean Society Analyzed from the Student's Perspective. *J. Educ. Hum. Dev.*, 4(2(1):171-86, 2015.
- Moore, P.; Leighton, M. I.; Alvarado, C. & Bralic, C. Simulated patients in health care training: The human side of simulation. *Rev. Med. Chil.*, 144(5):617-25, 2016.
- Norman, J. Systematic review of literature on simulation in nursing education. *ABNF J.*, 23(2):24-8, 2012.
- Norman, G.; Dore, K. & Grierson, L. Then minimal relationship between simulation fidelity and transfer of learning. *Med. Educ.*, 46(7):636-47, 2012.
- Oermann, M. H. & Gaberson, K. B. *Evaluation and Testing in Nursing Education*. New York, Springer, 2009.
- Paravic, T.; Valenzuela, S. & Burgos, M. Violencia percibida por trabajadores de atención primaria de salud. *Cienc. Enferm.*, 10(2):53-65, 2004.
- Restrepo, A. Factores Relacionados con la Deserción Estudiantil en el Programa de Enfermería de la Universidad Libre de Pereira. *Cultura del Cuidado Enfermería*, 7(2):5-14, 2010.
- Sáiz L. & Susinos R. T. El desarrollo de profesionales reflexivos: una experiencia en la formación inicial de médicos a través de simulación clínica. REDU. *Revista de Docencia Universitaria*, 12(2):453-76, 2016.
- Shin, S.; Park, J. H. & Kim, J. H. Effectiveness of patient simulation in nursing education: Meta-analysis. *Nurse Educ. Today*, 35(1):176-82, 2015.

- Strauss, A. & Corbin, J. *Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Contus. Editorial Universidad de Antioquia, 2002.
- Superintendencia de Salud. Manual del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención cerrada. Superintendencia de salud, Gobierno de Chile, 2009. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articulos-4530_Manual_AC_pdf.pdf.
- Superintendencia de Salud. Estudio de Opinión de Usuarios - Sistema de Salud Año 2012. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile, 2012. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articulos-7632_recurso_1.pdf.
- Superintendencia de Salud. Estudio de Opinión de Usuarios - Ley de Derechos y Deberes Año 2014 (Cualitativo). Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile, 2014. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articulos-9821_recurso_1.pdf.
- Tobón, S.; Pimienta, J. & García, J. *Secuencias didácticas: aprendizaje y evaluación de competencias*. Pearson Educación, 2010. Disponible en: <http://files.ctezona141.webnode.mx/200000004-8ed038fca3/secuencias-didacticastobon-120521222400-phppapp02.pdf>.
- Yuan, H. B.; William, B. A.; Fang, J. B. & Ye, Q. H. A systematic review of selected evidence on improving knowledge and skills through high-fidelity simulation. *Nurse Educ. Today*, 32 (3):294-8, 2012.
- Rutherford-Hemming, T.; Alfes, C. & Breymier, T. L. A Systematic Review of the Use of Standardized Patients as a Simulation Modality in Nursing Education. *Nurs. Educ. Perspect.*, 40(2):84-90, 2019.

Dirección para correspondencia:
Catherine Muñoz
Escuela de Psicología
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad Autónoma de Chile
CHILE

E mail: catherine.munoz@uautonoma.cl

Recibido : 30-09-2019

Aceptado: 15-10-2019