FACULTAD DE CIENCIAS DE LA

EDUCACIÓN Y PSICOPEDAGOGÍA.

PROFESORADO UNIVERSITARIO PARA

LA EDUCACION SECUNDARIA Y SUPERIOR.

TALLER DE TRABAJO FINAL.

SIMULACIÓN CLINICA COMO ESTRATEGIA DIDÁCTICA PARA LA ADQUISICIÓN DE HABILIDADES NO TÉCNICAS EN ENFERMERÍA.

Profesor: Sánchez, Jorge.

Alumna: Aguirre, Verónica.

DNI: 30.092.771.

UAI Sede Ituzaingó.

Diciembre, 2022.

Resumen.

Con el devenir de los años las metodologías de estudio en la educación renovaron su metodología tradicional, las cuales se mantuvieron intactas por mucho tiempo, siendo reemplazadas por otras de mayor innovación. Dentro de las cuales se encuentran, entre otras, la simulación clínica.

La simulación clínica es utilizada como estrategia didáctica por los docentes, basada en situar al alumno en un contexto de imitación a la realidad, en donde se establecen y recrean situaciones en las que deberá, por medio de sus acciones resolver. De acuerdo a lo estipulado por Gaba "… el uso de la simulación para mejorar la seguridad requerirá la plena integración de sus aplicaciones en las estructuras y prácticas rutinarias de la atención de la salud". (Gaba, 2004)

Palabras claves: Simulación Clínica- Simulación en enfermería- Habilidades no técnicas.

Índice.

1. Introducción. 3-4
   - 1.1. Idea. 5
   - 1.2. Problema. 5
   - 1.3. Objetivo General. 5
   - 1.4. Objetivos específicos. 5
   - 1.5. Hipótesis. 6
   - 1.6. Marco metodológico. 6
2. Marco teórico.

Capítulo I.

- 2.1. La simulación. 7
- 2.2. El uso de la simulación en educación. 8-10

Capítulo II.

- 2.3. Simulación clínica. 11-14
  - 2.3.1. Como se aplica. 15-17
  - 2.3.2. Tipos de simuladores. 18-27

Capítulo III.

- 2.4. Carrera de enfermería. 28
  - 2.4.1. Consolidación de enfermería en Argentina. 29-32
  - 2.4.2. Habilidades técnicas en enfermería. 33-34
  - 2.4.3. Habilidades no técnicas en enfermería. 35-44
- 2.5. La simulación clínica como estrategias didácticas en la enseñanza en enfermería. 45- 47

3. Trabajo de campo.
   - 3.1. Unidad de análisis. 48
   - 3.2. Selección de la muestra. 48
   - 3.3. Criterios de inclusión y exclusión. 49
   - 3.4. Técnica de recolección de datos. 49-53
   - 3.5. Análisis e interpretación de los datos. 54-69
4. Conclusión. 70-71
5. Bibliografía. 72-74

1. Introducción.

Mediante el uso de la simulación clínica en enfermería, se logra que los enfermeros puedan adquirir y desempeñar sus habilidades técnicas y en especial las no técnicas, en las que haremos hincapié en este trabajo. Las cuales contemplan entre otras; el arreglo o conocimiento de la situación, la toma de decisiones o la resolución de problemas, el liderazgo, trabajo en equipo y comunicación eficaz. Dando como resultado la construcción de la cultura de la seguridad del paciente y la gestión de emociones del enfermero. En este sentido Carvalho plantea:

> (…) El término habilidad no técnica, se originó de la aviación – en los años 90 –, empleado en áreas distintas, incluyéndose la de la salud, se refiere a las habilidades cognitivas, sociales y a los recursos personales que complementan las habilidades técnicas y aportan para la seguridad y desempeño eficaz de tareas. Ejemplos exitosos de enseñanza refuerzan el uso de simulaciones, en los más diversos escenarios de actuación y en distintos grados de complejidad, como en el desarrollo de la comunicación enfermero-paciente, relaciones interprofesionales en situaciones críticas o urgencias, trabajo en equipo, comunicación de malas noticias, dilemas éticos, conflictos intra equipos, manejo de situaciones de estrés, ejercicios de liderazgo, entre otros. Por tanto, señalando oportunidades de desarrollo en los campos de actitud, de comportamiento, ético y moral. (Carvalho, 2016).

Por medio del presente trabajo de investigación, el cual tiene como premisa fundamental la necesidad generar comprensión a cerca de la relevancia del uso de la simulación clínica como estrategia didáctica docente, para la adquisición de habilidades no técnicas en el personal de enfermería. Permitiendo que los enfermeros asuman y se apropien de distintos roles, conocimientos desde el hacer, actitudes, valores y habilidades que el medio requiere. Pudiendo así representar situaciones clínicas, las cuales se modifican según las decisiones tomadas del tratamiento a seguir.

Partiendo de este concepto, como personal de enfermería de Emergencias, consideramos que es de suma importancia adquirir conocimientos firmes y

habilidades consolidadas, como herramientas útiles en los enfermeros. La adquisición de estas habilidades dieron respuestas a todas mis preguntas: ¿cómo se puede aprender a trabajar con un equipo, sin haberlo hecho antes?, ya sea para trabajar juntos, recibir o dar pautas claras y concisas mediante una comunicación eficaz. ¿Qué rol cumplo o con cuál me identifico?, al pensar que la atención de enfermería necesita de un actuar resolutivo y eficaz.

La incorporación de estas habilidades no técnicas mejoran la calidad de atención del paciente y la gestión de nuestras emociones al momento de su atención.

Su viabilidad está basada en el tiempo, el personal y el acceso de datos.

1.1. Idea.

Utilización de la simulación clínica, como estrategia didáctica docente, para la incorporación de habilidades no técnicas en el personal de enfermería.

1.2. Problema.

¿Se puede lograr la incorporación de habilidades no técnicas en enfermería, por medio de la simulación clínica, como estrategia didáctica docente, en personal de enfermería; durante la realización de talleres en el Centro Nacional de Simulación clínica de enfermería realizados en el mes de Marzo del 2021?

1.3. Objetivo General.

Analizar el uso de simulación clínica, como estrategia didáctica docente, para la incorporación de habilidades no técnicas en enfermería, independientemente de la realización previa de prácticas asistenciales externas en salas hospitalarias.

1.4. Objetivos Específicos.

- Identificar las estrategias didácticas del docente utilizadas en la simulación clínica, para la adquisición de habilidades no técnicas de enfermería, durante la realización de talleres en el Centro Nacional de Simulación clínica de enfermería realizados en el mes de Marzo del 2021.
- Analizar cómo actúa la comunicación eficaz durante la realización de talleres en el Centro Nacional de Simulación clínica de enfermería realizados en el mes de Marzo del 2021.
- Describir la importancia del entrenamiento del trabajo en equipo, durante la realización de talleres en el Centro Nacional de Simulación clínica de enfermería realizados en el mes de Marzo del 2021.
- Examinar como las adquisiciones de habilidades no técnicas contribuyen a promover la seguridad del paciente, durante la realización de talleres en el Centro Nacional de Simulación clínica de enfermería realizados en el mes de Marzo del 2021.

1.5. Hipótesis.

La adquisición de habilidades no técnicas en enfermería, se logran gracias a la simulación clínica como estrategia didáctica de enseñanza, durante los talleres realizados en el Centro Nacional de Simulación Clínica de enfermería.

1.6. Marco Metodológico.

Según el enfoque es un ENFOQUE CUANTITATIVO, el que empleamos en el trabajo de investigación. Debido a que usa los datos que obtenemos de las variables para probar la hipótesis del mismo. Se realiza un análisis estadístico para establecer, en éste caso, la adquisición de habilidades no técnicas en los talleres.

Según en función de diseños en la variable de tiempo es un DISEÑO TRANSVERSAL, ya que la recolección de datos se realiza en un solo momento, en un tiempo único. El trabajo de investigación tiene como finalidad describir las variables y analizarlas en un momento dado, en el caso del mismo se realizará en un lapso de tiempo.

De acuerdo del diseño en función al grado de experimentación, se trata de un DISEÑO NO EXPERIMENTAL, debido a que nos limitamos a observar situaciones, no hay presencia de manipulación alguna. Esto indica que se analiza una realidad subjetiva sin fundamentos estadísticos, como es el caso de nuestro trabajo de investigación.

2. Marco teórico.

Capítulo I.

2.1. La simulación.

El investigador académico David Gaba plantea a la simulación como "… una técnica, no una tecnología, para reemplazar o amplificar experiencias reales con experiencias guiadas que evocan o replican aspectos sustanciales del mundo real de una manera totalmente interactiva" (Gaba, 2004)

Siguiendo esta línea podemos buscar la definición de simulación y nos arroja la definición "el acto de simular", en términos generales la simulación es la técnica por la cual se intenta recrear características del mundo real, se pueden representar procesos o simular situaciones en las que tiene como protagonista al sujeto, otorgándole herramientas para resolver dichas situaciones sin afectar a máquinas o personas.

Esta herramienta se encuentra disponible e indispensable para diseñar modelos para crear ensayos del sistema real, pero de modo ficticio, realizar experimentos con el fin del estudio, análisis y evaluaciones.

Podemos añadir el análisis que realizan López Sánchez y colaboradores en el año 2013 al señalar a la simulación como "…la representación artificial de un proceso del mundo real con la suficiente autenticidad para conseguir un objetivo específico, favorecer el aprendizaje simulando en lo posible un escenario clínico más o menos complejo, y permite la valoración de la formación de una determinada acción" (López Sánchez, 2013)

2.2. El uso de la simulación en educación.

Siguiendo con López Sánchez y sus colaboradores, quienes plantean que "…La simulación es una metodología docente y el simulador su instrumento. Para cada objetivo docente hay un modelo de simulador apropiado. El mérito de un simulador no es su complejidad sino su utilidad para el objetivo docente que se propone." (López Sánchez, 2013).

Partiendo de este análisis, se puede evidenciar la importancia del aprendizaje a través de la simulación. Esta técnica es utilizada como herramienta didáctica en distintas profesiones y ámbitos, como es el caso de la industria de la aviación, en donde el simulador de vuelo intenta aproximarse a la realidad al replicar una aeronave en todas sus dimensiones y características. Permitiendo la posibilidad de adquirir conocimientos sin la necesidad de correr riesgo de vida y daños materiales, permitiendo al sujeto adquirir un alto grado de entrenamiento, reconocer y manejar situaciones (tanto de desastres como fallas técnicas), ya que los vuelos en manos de un piloto sin entrenamiento previo sería un total desastre.

Uno de los primeros avances de los proyectos de simuladores fue con la llegada de las computadoras analógicas, el llamado "Proyecto Whirlwind", creado durante la Segunda guerra Mundial como respuesta a la necesidad de la marina de los Estados Unidos de crear un simulador de vuelo para entrenar escuadrones de bombardeos.

Hoy en día se encuentran disponibles varios tipos de simuladores, que según el grado de categoría van desde lo más simple "limitadas al entrenamiento básico", que comprende desde fallas eléctricas hasta los más complejos "los de última generación "que son capaces de llevar al sujeto a experimentar un alto grado de realismo. Pudiéndolo lograr gracias a la combinación de herramientas tecnológicas y visuales, muchas veces provocadas por los instructores en la cabina de comando, como son situaciones de fuego en los motores hasta fenómenos climáticos como rayos, tormentas eléctricas.

Se puede decir entonces que, a través de la historia, se demuestra la importancia en el entrenamiento tanto de las tripulaciones como el de las empresas aéreas es obtener la mayor capacitación de los pilotos para salvar vidas en situaciones de alto riesgo y el mantenimiento de las aeronaves.

Como hicimos referencia a cerca de la simulación en la industria de la aviación, esta técnica es una de la más utilizada en los últimos años en la ingeniería industrial, la cual crece a medida que surgen nuevas innovaciones informáticas. Por medio de la simulación se crean distintos procesos industriales con el fin de estudiar distintas variables de comportamiento de un mismo proceso. En otras palabras, es utilizada para la creación de nuevas propuestas de diseño.

Se puede decir que la simulación mantiene como base los mismos principios: el poder observar el funcionamiento de un proceso antes ponerlo en uso e implementación (como por ejemplo visualizar el futuro funcionamiento de una bomba), permitiendo hacer ajustes y modificaciones, en este sentido su implementación aumenta la calidad del producto reduciendo costos y calculando el tiempo exacto de ejecución. De esta forma garantiza la seguridad y previene la aparición de improvistos o errores indeseados.

Por último, nos vamos a centrar en la implementación del uso de la simulación en el área de la medicina, la cual tiene como premisa fundamental este trabajo de investigación, como estrategia de enseñanza utilizadas por el docente, para la adquisición de herramientas fundamentales para el momento de afrontar casos clínicos y su ejecución. Si hablamos de estrategias de enseñanzas, Anijovich y Mora las definen como:

> (…)El conjunto de decisiones que toma el docente para orientar la enseñanza con el fin de promover el aprendizaje de sus alumnos. Se trata de orientaciones generales acerca de cómo enseñar un contenido disciplinar considerando que queremos que nuestros alumnos comprendan porqué y para qué. (Anijovich, 2021)

Se puede agregar que dichas estrategias que son aplicadas de manera intencionada correspondiendo a un tipo de estudiante, según el contexto en que se encuentran y la manera de abordar los contenidos por el docente para un aprendizaje significativo. Un aprendizaje basado en la reflexión, análisis y

colaboración activa del alumno, dicho de otro modo un sujeto constructor de sus conocimientos de forma activa, lejos de la memorización y repetición de conceptos “no hay dos estrategias didácticas iguales”. En el contexto de la simulación clínica, las estrategias utilizadas se aplican un espacio simulado para una posible solución a uno a varios problemas, los cuales son resueltos por medio de la conexión entre sus conocimientos y posterior aplicación en la práctica.

Capítulo II.

2.1. Simulación clínica

El término de simulación clínica corresponde a las estrategias didácticas utilizadas por el docente para la adquisición de conocimientos relacionados al ámbito de salud o médico. La misma se realiza en un escenario simulado, que replica el real en todos los aspectos posibles que se pueda lograr. Con el paso del tiempo y la aparición de nuevas tecnologías se han logrado replicar con un alto grado de fiabilidad y realismo.

La finalidad de la simulación clínica, como estrategia didáctica, es incorporar conocimientos al alumno, a un grupo de trabajo, ya sea ante la recreación de situación o para la utilización de equipos. Con el propósito de realizar una posterior evaluación y corrección de errores sin la necesidad de ocasionar daño alguno, ya sea al paciente “simulado” como al equipo utilizado.

De manera que dicha simulación se realiza en un ambiente seguro y controlado tanto para el alumno como para el paciente o equipo. Pudiendo realizar un sinfín de repeticiones, hasta lograr la incorporación de técnicas o habilidades, antes del contacto real con un paciente. (Vasallo, 2015)

Además del ambiente seguro y controlado, junto a la presencia del alumnos como el del paciente “simulado” o parte de él (utilizado para representar la aplicación de técnicas para la realización de procedimientos. Se encuentran otros actores: la presencia de un instructor o docente, que es quién guía y maneja la simulación, junto a la presencia otros componentes del equipo interdisciplinario de trabajo. Todos ellos provocan en el alumno un pensamiento crítico, que le permite valorar su práctica, desarrollar autonomía en la toma de decisiones y posibles correcciones de errores, para poder medir sus avances gracias a la simulación clínica.

En este sentido, López y colaboradores atribuyen a la rápida incorporación y aceptación de la simulación clínica como estrategia didáctica, debido a que los pacientes presentan un aumento en la incomodidad e intolerancia a ser

utilizados como sujetos de pruebas en sí mismos de prácticas y procedimientos realizados por el alumno.

La tecnología y sus avances en el tiempo colaboraron a esta aceptación, ya que con la incorporación de nuevos software se torna la experiencia de simulación cada vez más cerca de la real. Los simuladores tienen un aspecto más realista y de acuerdo a su grado de sofisticación pueden reproducir desde voz e interacción con el alumno, hasta parámetros de signos vitales.

La construcción de la cultura basada en la seguridad del paciente, es una razón más que principal para la aceptación e incorporación de la simulación clínica, en la cual su finalidad es reducir al mínimo los errores a la hora de actuar frente a una situación real, sin poner en riesgo alguno al paciente y su integridad física y mental.

Con respecto al alumno y su adquisición de conocimientos, queda evidenciado que gracias a la simulación clínica es posible lograr un aprendizaje significativo al poder retener en mayor cantidad los conocimientos e incorporar habilidades, cosa que no fuera posible de lograr si no se encontrara en un espacio controlado y seguro, donde el error no genera consecuencias negativas.

Las habilidades a las que nos referimos son las que nos proporciona el pensamiento crítico adquirido, basado en la observación de la situación, poder llegar a formular un diagnóstico certero de la misma y poder tener la autonomía de tomar decisiones sobre su actuación y poder liderar llevarlos a cabo gracias al trabajo de equipo.

Por último y no menor importante, nos encontramos con la etapa de evaluación mediante el debriefing o feed-back. En la que se realiza un repaso de todos los sucesos presentado y sus actuaciones, pudiendo identificar la existencia de errores y poder corregirlos. Como así también reforzar o adquirir nuevas conductas correctas para cada actuación. Esta etapa en la práctica diaria, muchas veces no hay posibilidad de realizarla, ya sea por falta de tiempo o conocimientos. (López Sánchez, 2013)

López Sánchez y sus colaboradores[1] plantearon su teoría sobre las ventajas y desventajas que presenta el uso de la simulación clínica como estrategia didáctica, de acuerdo a ello podemos señalar:

Ventajas.

- De acuerdo a sus características, como estrategia docente, por medio de la simulación clínica permite afrontar nuevos retos, teniendo la posibilidad de repetir innumerables veces las veces que se decida un procedimiento o actuación.
- Las habilidades técnicas adquiridas por medio de la simulación clínica se pueden transferir a la realidad su aplicación.
- La posibilidad que nos brinda la simulación clínica es la aplicación de prueba/error y sostenerlas hasta las últimas instancias, sin que ello implique un daño al paciente a través de un error, si éste sucediera, se realiza una corrección del mismo y posterior incorporación de nuevos conocimientos o correcta manera de hacerlo.
- Tener al alcance del alumno las variables de simulaciones posibles, de acuerdo a su complejidad y sofisticación.
- Poder realizar la etapa de evaluación de todo lo realizado, poder reflexionar y corregirlos por medio del feed-back o debriefing.
- El alumno considera a la simulación clínica como herramienta de aprendizaje.

Desventajas:

- Gran parte de la responsabilidad de llevar a cabo la enseñanza por medio de la simulación se centra en el docente instructor, quién debe dejar de lado las estrategias de enseñanza tradicional e implementar

[1] (López Sánchez, 2013)

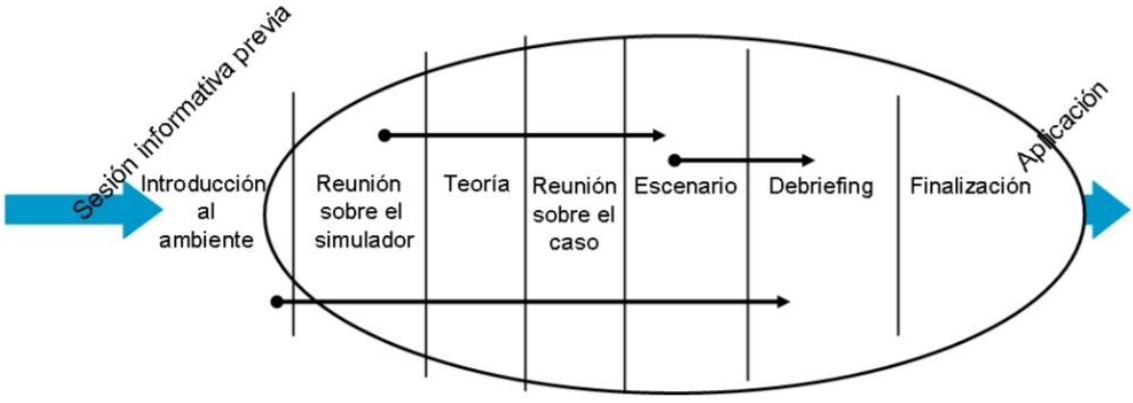
nuevas enseñanzas basadas en esta nueva estrategia que es la simulación clínica.

- Según el grado de disponibilidad de tecnología y sofisticación, muchas veces ante la falta o carencia, la simulación clínica se ve acotada y condicionada.
- En caso de tener la mejor tecnología y sofisticación, también se debe tener en cuenta que bajo ningún punto de vista la realidad es completamente posible de simular.
- Así como está demostrado que las habilidades técnicas pueden implementarse en las prácticas clínicas reales, no es el caso de las habilidades no técnicas. Las cuales no son tangibles en su medida de incorporación, pudiendo desencadenar en el alumno un grado excesivo de confianza y error al querer incorporarlas a la práctica clínica real.
- Se puede generar en el alumno emociones no deseadas, como es la generación de estrés por actuar bajo presión ante técnicas o procedimientos desconocidos. Pudiendo llegar el alumno a sentirse intimidado y observado. (López Sánchez, 2013)

2.3.1. Como se aplica.

El Dr. Peter Diekmann [2] diseñó un modelo en el cual, las actividades de simulación clínica “denominada como la práctica de actividades que reúne a personas en un mismo espacio o llamado también ambiente de simulación “, cuyo fin es cumplir con los objetivos del aprendizaje. Se dividen en etapas o fases, que a su vez componen por distintos momentos:

1- Primera etapa PREBRIEFING.
   - Sesión informativa previa.
   - Introducción al ambiente.
   - Reunión sobre el simulador.
   - Teoría.
   - Reunión informativa sobre el caso.
2- Segunda etapa ESCENARIO.
3- Tercera etapa DEBRIEFING y CIERRE.



[3]

En la etapa del prebriefing se realiza la sesión informativa previa, surge antes de la llegada de los participantes, en la misma se informan los detalles de

[2] (Dierckmann, 2016)

[3] Representación de las etapas de la simulación según Dierckmann.

cuándo realizará la actividad de simulación e invitan a los participantes por diversos medios de comunicación (ya sea por volantes o por medio de invitación enviada por medios electrónicos).

La introducción a un ambiente de simulación, comienza con la llegada de los participantes. En donde se establecen toda la información general a cerca de los aprendizajes que intencional con la simulación, sus limitaciones y alcance. En este momento se pone en manifiesto las características de la simulación, el desempeño que tendrá el participante en ella. En otras palabras, la finalidad es contextualizar a los participantes sobre el ambiente de simulación y del caso que van a ser partícipes.

En la reunión informativa sobre el simulador el participante conoce el simulador (se le informa acerca de las características que tiene el simulador que será utilizado, las acciones que puede realizar y las que no).

El momento teórica previa, la cual no siempre se encuentra presente. Se recomienda al participante que previa realización de la simulación realice una revisión bibliográfica, con sus respectivos algoritmos a realizar del tema a tratar la simulación. La finalidad es que los participantes tengan el mayor conocimiento previo del tema.

Llega el momento de la reunión informativa sobre el escenario, en dónde se contextualiza al participante sobre el escenario y sus características. Se informa sobre los recursos disponibles y el rol que ocuparán tanto los participantes como el facilitador. De esta manera los participantes pueden involucrarse de mejor manera en el contexto del caso a simular.

En la segunda etapa del escenario de simulación, es importante plasmar que el escenario es la base del aprendizaje por medio de la simulación, la idea es poder desarrollar escenarios sencillos en los que se puedan alcanzar y cumplir con los objetivos de aprendizaje y en los cuales los participantes se sientan en confianza y sin temor de equivocarse. Si esto sucede, la simulación debe continuar sin ninguna interrupción por parte del facilitador, ya que posteriormente en la etapa siguiente, se podrán evaluar errores y reflexionar sobre ellos. En la finalización de esta etapa es muy importante dar un cierre

correcto y no de forma abrupta, ya sea con la resolución del caso o derivación en otro nuevo.

La tercer y última etapa que es la de debriefing, la cual se llevará a cabo en un área distinta al escenario de simulación. Su finalidad es que los participantes puedan reflexionar sobre su práctica y exponer sus emociones y desempeño logrado, es considerada esta etapa “el corazón del aprendizaje”.

La actividad se finaliza con la realización de un resumen de lo acontecido y se dejan en el participante una serie de preguntas: ¿qué es lo que aprendí?, ¿Cómo voy a implementar los conocimientos adquiridos a mi práctica diaria?, ¿qué aspectos tengo que mejorar? (Dierckmann, 2016)

2.3.2. Tipos de simuladores.

Tipos de Simuladores en base a la fidelidad.

De acuerdo al grado de fidelidad con el que cuentan los simuladores, varios autores afirman que su grado de fidelidad está proporcionalmente relacionado con el avance tecnológico y técnico que presentan. Dicho de otra manera, a mayor grado de tecnología presenta mayor realismo, por lo tanto mayor fidelidad.

Urra Medina y colaboradores, clasifican a los simuladores en: simuladores de baja, media y alta fidelidad.

Siendo los de baja finalidad, aquellos que en su gran mayoría, son utilizados para representar anatómicamente un cuerpo humano o parte de él. Como es el caso de torsos (utilizados para la realización de reanimación cardiopulmonar) y en el caso de simuladores de partes del cuerpo humano (como puede ser el caso de extremidades para la práctica de colocación de accesos venosos).Estos simuladores son estáticos y pocos reales de acurdo a su fidelidad, su utilización es muy frecuente por su bajo costo y fácil manejo. (Urra Medina E. B.-N., 2017)

Se suma Narváez a esta clasificación, agregando que los simuladores de baja fidelidad son completamente mecánicos. Y suma a la lista de esta categoría a la simulación de la práctica de Heimlich (maniobra e caso de atragantamiento) y la realización del Triage (método de selección de prioridad de atención). (Narváez, 2015)



4



5

[4] Simulador para práctica de colocación de accesos venosos.

[5] Simulador para realización de reanimación cardiopulmonar.

[6]

Los simuladores de grado medio de fidelidad, así como lo plantea Urra Medina y colaboradores. Se puede decir que son aquellos más complejos, con los cuales se pueden completar a las acciones básicas que tenían los anteriores como por ejemplo la realización de reanimación cardiovascular, con la posibilidad de colocar dispositivos como pueden ser el aporte de oxígeno por medio de una cánula o fluidos por medio de una canalización (simuladores con sonidos compatibles a signos vitales, con habla pero sin movimiento alguno). Este tipo de simuladores permite al usuario desarrollar múltiples habilidades por las distintas intervenciones que se pueden realizar. (Urra Medina E. ,., 2017)

Y por último, se encuentran lo de mayor grado de fidelidad, aquellos que cuentan con un software capaz de ser reprogramados para adaptarse de acuerdo a de situación a simular. Desarrollando en el alumno un pensamiento crítico, que sea capaz de tomar decisiones en un contexto crítico y de urgencia como es la unidad de trauma, dónde el paciente se encuentra en estado crítico y las decisiones se deben tomar con rapidez y acierto.

[6] Chaleco para simulación de maniobra de Heimlich.

Los simuladores cuentan características humanas reales que combinadas con los softwares de programas in situ, conforman una simulación real física y psicológica para los usuarios. Esta simulación in situ es formada por pacientes simulados, mezclados con simuladores de distintas fidelidades, con distintos programas y espacios simulados.

Los simuladores presentan un alto grado tecnológico: pueden realizar cambios abruptos de parámetros en los signos vitales, las pupilas se dilatan y los simuladores humanos pueden producir el parpadeo, sonidos, movimientos gestuales, pueden responder a preguntas y órdenes “comandadas por medio del personal encargado de la cabina de comando”.

Estos simuladores son los que encontraremos en el Centro de Simulación clínica de enfermería, donde realizaremos nuestro trabajo de investigación.

El Centro Nacional de simulación cuenta con 3 áreas clínicas, cada una con sus respectivas salas de control y evaluación (Debriefing), conectadas a un dispositivo de audio y video para el registro y reproducción de los escenarios a actuar.

En la primer sala se encuentra una mujer embarazada sobre una camilla, conectada a un monitor multiparamétrico. La cual emite voz y sonido e interactúa con el personal, comandada por personal de la cabina de comando, que se encuentra detrás de un vidrio unidireccional.

En la sala se encuentra a disposición 2 carros de emergencias dotado de todo lo necesario para actuar (materiales y medicaciones). Un teléfono para comunicarse con el médico u otros integrantes del equipo de trabajo.

En la segunda sala un paciente pediátrico y en la tercer sala un paciente adulto masculino, cuyas salas presentan similares características a la anterior (INET. Instituto Nacional de Educación tecnológica)

Sala de simulación Obstetricia.







Sala de simulación Pediátrica.





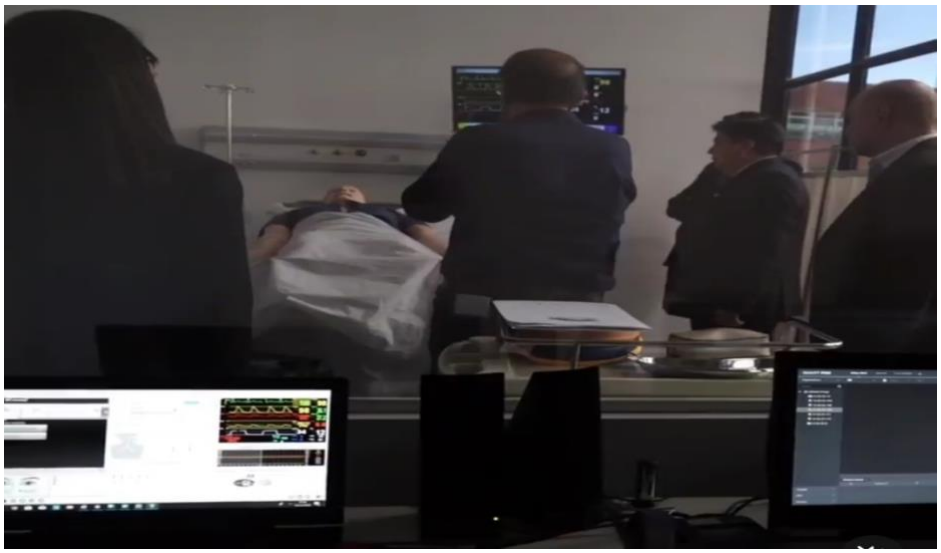
Sala de clínica médica.

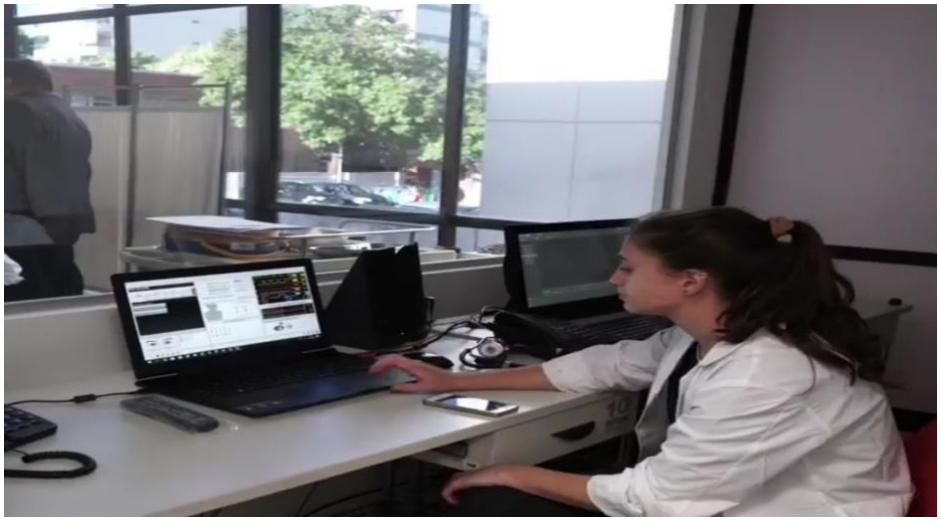




Sala de control.







Sala de evaluación.







Por medio de estos simuladores, los cuales permiten reproducir con gran similitud y realismo al ser humano. Gracias a la implementación del software, otorga la posibilidad de producir parámetros de signos virtuales como pueden ser frecuencia cardiaca, respiratoria, saturación de oxígeno en sangre, interacción con el alumno, apertura ocular /parpadeo y realización de sonidos, entre otras funciones.

El sistema se completa con la implantación de un sistema de audio y video, por el cual se permite plasmar el registro, visualización del actuar del alumno y la comunicación con el instructor, pudiendo registrar los casos clínicos, como la comunicación del instructor – docente con el alumnado.

Capítulo III.

2.4. Carrera de enfermería.

Una de las consideras pioneras en el ejercicio de la enfermería es la reconocida Florence Nightingale “llamada Madre de la Enfermería”, es recordada por su labor en la Guerra de Crimea y por la contribución a la reforma sanitaria realizada en los hospitales militares de campo.

Señalada como la creadora de la filosofía en enfermería (la cual explica los fenómenos observados con una mirada analítica y lógica). Su obra está basada en la relación con el paciente y entorno en el que se encuentra inmerso, así como también en los principios en que se basaban su ejercicio profesional.

En 1860 abrió la Escuela de entrenamiento dentro del Hospital St. Thomas en Londres. Basada en dos principios (el primero establecía que las enfermeras debían realizar prácticas en los hospitales con el fin específico de adquirir conocimientos y el segundo estaba relacionado sobre la forma de vivir de las mismas que debía ser en un hogar donde puedan llevar una vida moral y adecuada bajo disciplinas). Con la creación de la escuela se habría logrado cambiar la mirada sobre las enfermeras, pasando a ser una carrera respetable.

Nightingale en 1860 escribió el primer libro utilizado para uso específico de la enseñanza de la enfermería “Notas sobre Enfermería”, el cual fue traducido a varios idiomas, luego vinieron varias obras realizadas por ella. Falleció en Londres en 1910 a los 90 años.

Sus aportes dentro de la enfermería tuvieron varios impactos: en el ámbito general de la disciplina con la búsqueda de conocimiento propio, logró organizar a la enseñanza y la educación de la enfermería como profesión. Fue la primera en investigar y en escribir sobre la enfermería como disciplina.

En el ámbito particular organizó la enfermería militar y fue la primera en utilizar la estadística y el concepto de higiene dentro de la profesión. (Young, 2011)

La enfermería y su desarrollo en Argentina.

En Argentina, la primer escuela de enfermeras, Enfermeros y Masajistas de la Ciudad de Buenos Aires. Fue fundada por la Dra. Cecilia Grierson en el año 1886.

En 1892 pasó a formar parte de una formación técnico-profesional, dependiente de la Dirección de Educación Superior. La cual se basa en las

ideas de Florence Nightingale para elaborar su propuesta, fundada en tres pilares:

> La dirección de las escuelas estará a cargo de una enfermera y no un médico, las candidatas para ser enfermeras serán elegidas de acuerdo a sus aspectos físicos, morales, intelectuales y profesionales y por último se deberá implementar una enseñanza metódica y constante, con actividades prácticas y teóricas. (Rodríguez, 2020)

2.4.1. Consolidación de la enfermería en Argentina.

En la búsqueda por consolidar a la enfermería en nuestro país, surge la realización de varios programas. Destinados a la profesionalización de enfermería, aumentar la producción de profesionales, formalizar su práctica y determinar distintos tipos de jerarquía dentro de la misma. Cuya lucha por el reconocimiento aún continúa.

En este sentido Espino y colaboradores plantean que gracias a la realización de estos programas se logró realizar la conversión de empíricos a auxiliares de enfermería a través de su capacitación. Como así también la profesionalización de auxiliares de enfermería como enfermeros profesionales, fueron los dos de mayor desarrollo.

Dichas estrategias lograron un aumento significativo en la calificación general del sector, adoptando a la metodología de estudio y profesionalización de la práctica en enfermería.

Debido a estos resultados se tomó conciencia de la importancia de la necesidad de favorecer el desarrollo de enfermería. Dando lugar años más tarde a la progresiva inserción de las enfermeras en los niveles políticos y técnicos de decisión y el impulso a la legislación en enfermería.

La ley nacional de ejercicio de enfermería, número 24.004 se promulgó en este período junto a otras leyes provinciales que favorecen el control de la profesión. (Espino Muñoz, 1995)

Ley 24.004

Primer ley nacional que regula el ejercicio de la enfermería en nuestro país, dándole un régimen legal inexistente hasta el momento. Fue sancionada en Septiembre de 1991 y reglamentada bajo el decreto 2497 del año 1993.

Alguno de los puntos a destacar son los siguientes:

- Establece las funciones del personal de enfermería como la prevención de enfermedades, promoción y recuperación de la salud. Teniendo total autonomía según las incumbencias con respecto al título que los habilita.
- Reconoce dos niveles para el ejercicio de la enfermería. Profesional (aplica conocimientos) y el nivel auxiliar (aplica técnicas bajo la supervisión de un profesional).
- Se prohíbe a toda persona que no esté comprendida en esta ley a participar del ejercicio de la enfermería, a todo aquel que no pertenece a ninguno de los niveles de la profesión. Así también queda prohibido delegar sus funciones, actividades o aspectos privados de su profesión a personal no autorizado por la presente ley.
- Estableciendo derechos y asumir a ejercer responsabilidades según la capacitación recibida. Incluyendo la negación y participación a realizar prácticas que comprometan sus convicciones religiosas, morales, éticas (siempre y cuando como resultado de esta decisión no se comprometa al paciente o exponga a riesgos o peligro alguno).
- En cuanto a las obligaciones, el personal de enfermería debe respetar en cada una de sus prácticas e intervenciones, la dignidad del ser humano, sin distinción alguna. Como también respetarlo desde que comienza su vida hasta la muerte.
- Por la presente queda establecido que aquellos profesionales que presten servicios en áreas de cuidados intensivos, unidades neuropsiquiátricas, en las que se encuentran expuestos a contraer enfermedades infectocontagiosas, expuestos a radiaciones, servicio de oncología, emergencias a recibir goce de reducción horaria en jornada

laboral, beneficios en el cómputo de jubilación y licencias. (Buenos Aires Ciudad)

Ley N° 298/99

Fue sancionada el 25 de Noviembre del año 1999.Promulgada el 05 de Enero del 2000, reglamentada por el decreto número 1060-04.

Esta ley rige para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El contenido es similar a la Ley 20.004, con la diferencia del ámbito de aplicación y características de algunos artículos.

- Garantiza el cumplimiento de un sistema de enfermería ético, calificado e integral.
- Detalla las funciones de la profesión al igual que la Ley Nacional. Y como lo realiza (individual, grupal, interdisciplinaria).
- Reconoce dos niveles de enfermería, profesional (enfermero profesional y licenciado en enfermería) y auxiliar.
- Prohíbe el actuar a todo sujeto fuera de dicha formación y de acuerdo a las incumbencias de cada una de ellas.
- Autoriza a sancionar a toda institución que contrate profesionales no autorizados, como también a toda institución que obligue al personal a realizar tareas fuera de su incumbencia profesional.
- Al momento de sancionada dicha ley, aquel profesional que sea contratado luego de la sanción de la misma deberá acatar las obligaciones y responsabilidades, como así también los derechos que le otorgue dicha ley relacionado a su título profesional. (Buenos Aires Ciudad)

Ley 12.245.

Fue sancionada el 09 de Diciembre del año 1998. Promulgada el 14 de Enero del año 1999 por el decreto N°18.

Esta ley rige para la Provincia de Buenos Aires. Los artículos son muy similares a la ley 24.004, lo que difiere es el ámbito de aplicación para la misma.

Títulos habilitantes establecidos:

1.- Auxiliar de enfermería, (con una cursada de 1 año no necesita secundario completo, llamados comúnmente "los municipales-")

2.- Enfermería profesional, (con una cursada de 2 años y 6 meses, ingresa con secundario completo obligatorio.)

3.- Enfermería universitaria, (en la UBA debe cursarse el CBC, en universidades privadas se ingresa automáticamente)

4.- Licenciatura en enfermería (se ingresa a la cursada con título de enfermería terciario o universitario, duración 2 años)

4.- Especialidades, luego de la obtención del título de grado las especialidades reconocidas son:

ECI (enfermería en control de infecciones)

La figura de Perito Licenciado en Enfermería fue aceptada en el Poder Judicial de la Nación en el año 1991 bajo la ley 298/99.

2.4.2. Habilidades técnicas en enfermería.

Existen dos tipos de habilidades en enfermería: las técnicas y las no técnicas.

Denominando a las habilidades técnicas como la realización de procedimientos, empleando la correcta técnica y ejecución, basados en los conocimientos teóricos presentes en el enfermero. Dicha actividad corresponde a la capacidad de llevarla a cabo con rapidez y precisión, con un buen desempeño y sin mayor problema.

Así como plantea Ruiz de Vargas y colaboradores "…las competencias técnicas son aquellos comportamientos de índole técnico vinculado a un cierto lenguaje o función productiva" (Ruiz de Vargas, 2005). Dicho de otra manera las habilidades técnicas son aquellas necesarias para aplicar en una disciplina específica, como es en este caso la enfermería.

Estas actividades asistenciales a su vez pueden ser dependientes, independientes e interdependientes de enfermería.

Laverde Contreras y otros plantean un "…Modelo de efectividades del Rol de Enfermería. El modelo examina la contribución de las enfermeras en la atención de salud" (Laverde Contreras, 2017).

En el mismo se pueden diferenciar los distintos roles que tienen el enfermero a la hora de realizar la atención.

El rol independiente, comprende a todas las intervenciones y funciones exclusivas a la práctica de enfermería, encontrándose comprendido por el cuidado, confort y valoración del paciente. Como así también el orden y limpieza del paciente y su unidad. Para la realización de las mismas no se necesitan indicación o autorización.

Siguiendo esta línea planteada por Laverde, el rol dependiente de enfermería está sujeto al cumplimiento de órdenes y tratamientos médicos. Una orden o indicación de qué administrar y cómo realizarla, como puede ser la administración de una medicación y su dosis.

El rol interdependiente es aquel que abarca a más de un miembro del equipo interdisciplinario, se realiza con los demás miembros, como puede ser la toma

de una radiografía al paciente. En donde la indicación la realiza el médico, la realiza el técnico radiólogo con la ayuda y asistencia del personal de enfermería.

Estas habilidades técnicas se deben adquirir y emplear con seguridad para lograr el mayor éxito posible en las intervenciones. Por medio del uso de la simulación como estrategia didáctica se las puede adquirir (mediante el uso de simuladores de baja calidad como es en el caso del empleo de torsos para la práctica de reanimación cardiovascular), de acuerdo a lo que establece Galindo López y colaboradores:

> (…) La simulación como técnica no solo permite enseñar las destrezas que un médico y enfermera deberán tener para ejercer de forma idónea su profesión sino que además permite ensayar y practicar nuevas técnicas que necesitarán del ensayo y error para poder ser perfeccionadas por los especialistas. Errores que suceden aunque se domine la teoría. (Galindo López, 2007)

Dichos errores si suceden fuera del ámbito de simulación, sobre pacientes reales, implicarían consecuencias no deseadas. De este modo se puede afirmar que la simulación clínica es la oportunidad concreta para el alumno de poder realizar nuevas prácticas sin temor a causar algún tipo de daño en el paciente.

Pero éste no es su único fin sino también el poder adquirir otras habilidades, como las no técnicas, como son el pensamiento crítico (se aprende en que momento actuar, que hacer, en que momento y con qué), liderazgo, comunicación eficaz y trabajo en equipo.

2.4.3. Habilidades no técnicas en enfermería.

Como se ha señalado anteriormente, durante la simulación clínica, además de las habilidades técnicas del personal de enfermería se ponen en manifiesto las denominadas por distintos autores, habilidades no técnicas.

Si nos situamos en la actualidad, visualizaremos un aumento de cuidados determinantes en la seguridad del paciente. Siendo estas habilidades las responsables del profesionalismo del personal de la salud, cuya finalidad es brindar la mayor excelencia en los cuidados.

Sabemos que durante el ejercicio de la enfermería se deben emplear habilidades y destrezas, fundamentalmente en situaciones de emergencia. Los miembros de un equipo asistencial de trabajo deben aprender a coordinarse, a aceptar órdenes y determinar un líder. Como así también a desarrollar una comunicación eficaz y emplear las habilidades requeridas de acuerdo a cada situación a abordar.

De acuerdo lo que establece Carvalho:

> La Enfermería, cada vez más, se enfrenta con el desafío de disponer sus profesionales para el desempeño de habilidades técnicas y no técnicas. En este sentido, la simulación, en especial a de alta fidelidad, ha sido reconocida como aliada, con ventajas para la seguridad del paciente, el trabajo en equipo, la reducción de costes en el escenario real y gestión de emociones del aprendiz. (Carvalho, 2016)

Las habilidades no técnicas incluyen:

1. Liderazgo.
2. Comunicación efectiva.
3. Trabajo en equipo.

1- Liderazgo.

Según el artículo escrito por la Dra. en Enfermería y experta en liderazgo Carmen Ferrer Arnedo, el enfermero líder cumple la función de entrenador dentro del equipo de trabajo. Teniendo este la capacidad de influir sobre las demás personas, siendo el responsable de trabajar sobre los objetivos estipulados, considerar y analizar distintas opciones que pueden surgir respondiendo a su estrategia de acuerdo al caso a tratar.

En el equipo de trabajo es el encargado de tomar la iniciativa, gestionar e incentivar la participación de cada uno de los miembros respondiendo a sus conocimientos y métodos elegidos para coordinar el trabajo.

En este sentido Ferrer Arnedo plantea:

> Un liderazgo entendido como la capacidad de asumir un quehacer compartido con el equipo interdisciplinar de salud y capacidad para ejercer la responsabilidad en la toma de decisiones, asumiendo la administración de los servicios de forma efectiva y eficaz. Todo ello supone por tanto desarrollar un liderazgo compartido que parte del reconocimiento de la especialidad enfermera. (Ferrer Arnedo C. , 2021.)

Garita y Solís Marín plantean su teoría acerca del liderazgo entendiéndolo como un proceso continuo de la organización. Destacando siete aspectos fundamentales:

1- La visión: Proponer un futuro deseable.
2- La iniciativa: Ser proactivos.
3- Lograr el compromiso: Ganar adeptos para lograr la visión.
4- Ser perceptivos: Mantener atención permanente, conocer lo que los otros piensan, atender las fluctuaciones y saber escuchar.
5- Dar seguimiento: Asegurar que el rumbo coincida con lo pautado y los resultados con los esperados.
6- Reconocimiento: Aplicar la realimentación positiva de los logros que el equipo realiza para moverse hacia la misión.

7- Creatividad: Innovar afectiva e intencionadamente lo nuevo y lo diferente, evitar el estancamiento. (Garita, 2003)

Por lo tanto, siguiendo esta línea se puede decir que el liderazgo corresponde a una elaboración de planificación de la atención con objetivos claros y la capacidad para transmitir con claridad y eficacia la forma de alcanzarlos.

Como así también la capacidad de influir y ser aceptado por los demás integrantes del equipo de trabajo multidisciplinario, siendo el líder el encargado de articular distintas áreas y especialidades. Pudiendo escuchar sugerencias y ofreciendo soluciones a los imprevistos y contratiempos para lograr el objetivo planteado.

Se pueden distinguir distintos tipos de liderazgos según la Academia de Liderazgo del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (NHS):

1- Liderazgo Dictador: También llamado Autocrático, es inflexible, se sustenta en sus propias ideas. No permite a los integrantes del equipo de trabajo poder asumir la responsabilidad de desarrollar tareas de forma autónoma, sólo deben acatar sus órdenes.

   Es unidireccional. Siendo el único encargado de distribuir tareas y designar distintos roles dentro del equipo de trabajo. Los subordinados no conocen la metodología de evaluación.

2- Liderazgo Democrático: También llamado Participativo. Comparte el poder con el grupo, pero es quién toma las decisiones luego de permitir el diálogo, participación, aceptar opiniones y discusiones entre todo el grupo.

   Convence a través de la persuasión. Es el líder quién ofrece varias soluciones y es el grupo quién decide cual es la mejor. Su evaluación es clara y explícita.

3- Liderazgo Onomatopéyico: Es el líder quién guía al grupo de trabajo manteniendo el entusiasmo como característica fundamental para el cumplimiento de los objetivos planteado en su planificación. Lo realiza mediante el uso de onomatopeyas (las cuales son palabras fijas o expresiones que se utilizan para representar sonidos de acciones o situaciones).

4- Liderazgo Paternalista: la relación del líder con respecto al grupo de trabajo está basada en la confianza y motivación, con la entrega de premios y castigos.
5- Liderazgo Burocrático: También llamado Normativo, siguen y cumplen las normas y reglamentos de forma rigurosa. De ésta forma se aseguran y garantizan el cumplimiento de lograr el objetivo.
6- Liderazgo Carismático: También llamados Transformacional, ya que generan entusiasmo en su equipo. Es uno de los liderazgos más comunes de encontrar, en donde priman los sentimientos y sensaciones positivas. Dicho en otras palabras el líder es reconocido por el grupo de trabajo predispuesto a cumplir con sus indicaciones, ya que lo hacen con total entusiasmo frente a las estrategias de éste.
7- Liderazgo Laissez- Faire: La actitud del líder frente al grupo es pasiva. Otorgándoles todo el poder de tomar decisiones sobre su actuar, dejando a su criterio sin aportar instrucciones. Carece de directivas, pero apoya al grupo e interviene si éste lo solicita.
8- Liderazgo Natural: El líder no es determinado formalmente, pero éste asume su función de forma informal y natural. Formando parte de un modelo de liderazgo democrático, ya que las decisiones son tomadas gracias a la participación de todo el equipo para su consenso.
9- Liderazgo orientado a la tarea: Se focaliza y trabaja para hacer cumplir el objetivo. Visualiza y define metas claras, para ello planifica, determina roles, organiza y controla el cumplimiento de que el trabajo se realice. Su premisa fundamental es el cumplimiento de la tarea.
10- Liderazgo Auténtico: Se centra y encarga en primer lugar de liderarse el mismo, fundamenta que una vez que lidere su propia mente podrá liderar al equipo de trabajo.
11- Liderazgo Lateral: Surge en un equipo de trabajo en el que tienen el mismo rango dentro de una institución u organigrama. Conduce al equipo de trabajo, resuelve y es aceptado por el resto del equipo.
12- Liderazgo orientado a las personas: También denominado orientado a las relaciones ya que se basa en fomentar, organizar y hacer de soporte del equipo de trabajo. Busca empoderar al equipo y fomentar su participación activa para su desarrollo. (Ferrer Arnedo C. , 2019.)

2- **Comunicación Efectiva**.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece la importancia de una comunicación efectiva, integrada y coordinada es fundamental dentro del equipo de trabajo de salud, capaz de informar, influir y motivar al público sobre los temas de salud que son relevantes desde una mirada individual, comunitaria e institucional. Pudiendo por medio de ella prevenir enfermedades, mejorar la calidad de vida de las personas y la comunidad por medio de la implementación de políticas públicas.

Así mismo, la OMS[7] establece una serie de principios básicos presentes en una comunicación adecuada. Ésta debe ser accesible, factible, creíble y fiable, pertinente, a tiempo y fácil de entender. Que deben presentarse frente a los posibles interlocutores. (Sanz Valero, 2019)



[8]

Dicho esto, se puede decir que una comunicación efectiva es aquella que logra el cometido de poder transmitir o recibir el mensaje. Logrando de manera efectiva y exitosa la comprensión y decodificación del mensaje entre transmisor y el receptor. La cual debe ser clara y completa sin omisión alguna como oportuna, relacionado al ámbito y momento en el que se realiza.

[7] Organización Mundial de la Salud.

[8] Esquema propuesto por la OMS para lograr una adecuada comunicación para la salud.

En el ámbito de salud es premisa fundamental el cumplimiento de esta comunicación para la correcta interpretación del tratamiento y realizaciones de intervenciones dentro del equipo de trabajo. Debido a que en ese ámbito se encuentra conformado por un equipo de trabajo interdisciplinario, donde es primordial mantener una comunicación estandarizada y comprensible para todos los miembros para abordar en la atención del paciente.

Tipos de comunicación:

- Comunicación oral o verbal: Es en ella en donde surge un intercambio de información e ideas. Se emplea a diario al compartir pensamientos, preguntar y responder cuestiones. En el ámbito de salud es se suma importancia el preguntar, utilizar el lenguaje con terminología médica como el diario y saber en cuál es el momento para cada ámbito (entre pares y colaboradores, paciente, familiares).
- Comunicación paraverbal: Este tipo de comunicación en la que lleva acompañada de alguna característica como es el tono, el volumen, estilo en que se habla.
- Comunicación no verbal: Se lo define como el proceso de comunicación que se realiza a través de señales que se envían hacia un receptor. En la mayoría de los casos son visuales las señales, como pueden ser gestos, expresión facial, contacto visual, lenguaje corporal. (Petra-Micu, 2012)

No obstante, no sólo es importante mantener una comunicación eficaz entre el equipo de trabajo, sino también con el paciente y su entorno familiar. Leonel y colaboradores plantean la importancia de esta habilidad, la cual debe desarrollarse de forma continua. El actuar del personal de enfermería frente al paciente, al poder facilitar el diálogo en la medida de lo posible y poder transmitirle seguridad.

Señala que además del tono de voz utilizado en la comunicación, la mirada, el poder realizar contacto visual es un elemento fundamental durante la comunicación.

El personal de enfermería debe poder identificar el tipo de comunicación que debe mantener con cada paciente, teniendo en cuenta su estado de salud y

condiciones en las que se encuentra, no pudiendo utilizar las mismas herramientas con un paciente en estado crítico y con otro que se encuentra próximo al alta. Ya que en el primer caso sería necesario utilizar la comunicación no verbal. Lo importante en este punto es poder lograr una comunicación eficaz.

Una buena relación entre paciente y personal de enfermería posibilita la oportunidad de realizar una mejora en la planificación de cuidados e intervenciones. Haciendo su hospitalización más agradable, reduciendo miedos, ansiedad e inquietudes. Así mismo sucede con la entrega de información de su estado y pasos a seguir, esta debe ser clara, completa y comprensible tanto para el paciente como su entorno familiar. (Leonel, 2012)

3- Trabajo en equipo.

El trabajo en equipo es aquel que se realiza por varios individuos unidos por un objetivo en común a cumplir. En el trabajo en equipo de salud, en la mayoría de los casos de carácter interdisciplinario, el poder lograr su articulación y coordinación es premisa fundamental para obtener mejores resultados en el cumplimiento del tratamiento y la atención brindada al paciente.

En este sentido, Miller y colaboradores establecen ciertas competencias que deben estar presente en la conformación para un trabajo en equipo efectivo:

- Conciencia de situación: Es definida a la capacidad presente en un individuo que realiza la valoración del paciente y lo que está aconteciendo a su alrededor. Es decir la capacidad del individuo de procesar gran cantidad de información y clasificarla según el grado de necesidad de resolverlas. En el ámbito de salud el personal de enfermería realiza en simultáneo varias intervenciones y prácticas de acuerdo a la toma de decisiones con respecto al orden de prioridad.
- Comunicación lazo cerrado: Es la comunicación que se mantiene con una persona específica, en donde el receptor logra reconocer y descifrar de forma exitosa el mensaje. Luego afirma su recepción al remitente del mismo “lazo cerrado”.
- Modelo mental compartido: la característica que prevalece en el equipo de trabajo corresponde al entendimiento común de la situación y las intervenciones a realizar, manteniendo un propósito claro común.
- SBAR-ISOBAR: Es un modelo de comunicación muy utilizada en el ámbito de salud, ante situaciones críticas, siendo SBAR un acrónimo de situación, recomendación. Es utilizada cuando se requiere una acción inmediata, garantizando la seguridad del paciente y minimiza errores por déficit de comunicación. (Miller, 2008)

Cuadro de modelo de comunicación ISOBAR y SBAR planteado por el Hospital Regional Universitario de Málaga (Hospital Regional Unversitario de Málaga., 2018)

I	Identificación	Identificación del paciente y de los profesionales involucrados en su transferencia.
S	Situación	Motivo de la asistencia sanitaria, cambios en el estado del paciente y posibles complicaciones o aspectos a vigilar.
O	Observación	Signos vitales recientes, evaluación y pruebas realizadas.
B	Antecedentes (*Background*)	Antecedentes clínicos relevantes. Riesgos y alergias.
A	Acordar	Acordar un plan. Dada la situación: ¿Qué hacer para normalizarla? ¿Qué se ha hecho ya? (tratamiento, medidas terapéuticas, cuidados...) ¿Qué queda pendiente? (medidas terapéuticas, medicación, perfusiones, comprobaciones...).
R	Read-back	Confirmar la eficacia de la transferencia y establecer responsabilidades (¿quién hace, qué y cuándo?).



Podemos concluir afirmando la importancia de la conformación del equipo de trabajo, el cual debe ser constante en su formación al momento de trabajar. Pero no siempre es así, tanto el personal de enfermería como médico y no médico se instruyen individualmente, muy pocas veces aciertan en una misma capacitación de forma grupal y colectiva.

Siendo el trabajo en equipo eficaz, aquel que es realizado de forma acertada y consecuente a la recuperación del bienestar del paciente como a todos los integrantes del grupo. Facilitando la tarea y la buena relación entre integrantes pudiendo garantizar un trabajo basado en la confianza mutua, orientación colectiva, con una visión colectiva y eficaz para cumplir una meta en común hacia el paciente.

2.5. La simulación clínica como estrategia didáctica en la enseñanza en enfermería.

De acuerdo a lo desarrollado anteriormente, el uso de la simulación clínica como estrategia didáctica utilizada por el docente, es una herramienta muy utilizada en el ámbito de salud durante el proceso de enseñanza-aprendizaje. La cual se despliega en un escenario controlado, compuesto por factores que imitan a situaciones reales, donde los estudiantes deberán desarrollar su desempeño clínico y profesional.

Mediante la simulación clínica se podrá evaluar la adquisición y desarrollo de competencias, conocimientos, comprensión y empleo de habilidades técnicas y no técnicas. (Ayala, 2019)

Siguiendo esta línea, Piña y Amador avalan el modelo pedagógico utilizado en la enseñanza en enfermería mediante simuladores de distintas fidelidad, los cuales se asemejan al ámbito hospitalario real, en los que los alumnos deberán resolver casos clínicos reales. Dicho escenario es ideado por el docente, de acuerdo al grupo, sus características y los contenidos a tratar según su diseño curricular.

Las estrategias didácticas empleadas por el docente son flexibles y sujetas a cambios permanentes, de acuerdo al desarrollo de la simulación, el cual se debe dar de forma creciente en función al desarrollo de la independencia del alumno durante el transcurso de la misma.

Una vez diseñado el escenario de acuerdo a las características particulares del grupo, se diferencian 4 fases presentes durante el proceso pedagógico:

- Fase introductoria: Es aquella en la que el docente presenta el caso, expone los propósitos y fines del encuentro. Realiza una valoración de conocimientos de los alumnos a cerca del tema.
- Fase de desarrollo: El docente aborda el caso, explica y demuestra la realización de procedimientos. Es en esta fase en donde los alumnos comienzan a familiarizarse con nuevos términos propios del personal de enfermería. Se abordan y despejan dudas por parte del docente.

- Fase de ejercitación: En esta fase el alumno entra en acción. Participa de manera activa en la valoración del caso, realiza varias hipótesis a comprobar, define su estrategia de trabajo, realiza procedimientos. Como así también justifica y manifiesta los argumentos utilizados para cada una de sus intervenciones.

  Surge en el equipo de trabajo un proceso de retroalimentación entre el docente y los demás actores presentes en la simulación. Finaliza con la evaluación por parte del docente y entre pares.
- Fase de cierre: Es en la cual se desea que todos los alumnos participen, ya que se realiza una recapitulación de todo lo aprendido. Acompañada de una evaluación de carácter cualitativo y cuantitativo (cuanto y como se aprendió, pudiendo el alumno realizar también una autoevaluación. Estas son herramientas que posibilitan materializar lo aprendido durante el encuentro. (Piña Jiménez, 2015)

Se puede decir entonces que el uso de la simulación clínica como estrategia didáctica en el docente permite en el alumno poder desarrollar un aprendizaje autónomo, significativo y reflexivo.

Siendo considerada la simulación clínica de alta fidelidad una fiel aproximación a la práctica hospitalaria, en donde se pueden repetir de manera innumerables los escenarios para la adquisición de una habilidad o conocimiento ya que no se corre riesgo alguno.

Rol del docente.

Resulta importante destacar la formación del docente para asegurar una educación efectiva de acuerdo a esta metodología. Siendo el docente pieza fundamental, según José Luis Ayala y colaboradores, sus habilidades deber permitir:

- Proveer información: Utilizar a la simulación como fusión de los saberes teóricos y prácticos. Poder evidenciar el fin de la simulación en los contenidos aprendidos.

- Servir de modelo: Demostrando interés y compromiso en el proceso de aprendizaje con sus alumnos. Participar de manera activa y entusiasta durante el desempeño de actividades, exponer las intervenciones hacia el paciente manteniendo total excelencia en el trato con el paciente.
- Facilitador: Guiar a los estudiantes hacia un modelo de educación de carácter constructivista, pudiendo el alumno ser capaz de autorreflexionar acerca de sus prácticas.
- Evaluador: Poder evaluar el desempeño de sus alumnos y dar lugar a la retroalimentación con ellos. Como así también poder evaluar la fiabilidad su programa de entrenamiento.
- Planificador: poder elaborar guías de trabajo y procedimientos para poder integrarse al proceso de aprendizaje, tanto individual como grupal.
- Promotor de recursos: Tener la capacidad creativa de generar espacios y escenarios posibles para realizar la simulación con los recursos materiales y tecnológicos disponibles. (Ayala, 2019)

Podemos finalizar asegurando que la utilización de la simulación clínica en el personal de enfermería es una estrategia docente complementaria pero nunca reemplaza a la práctica clínica tradicional.

La realización de casos simulados puede ser útil, con el fin de formación y actualización de conocimientos y habilidades clínicas.

En este sentido, consideramos el uso de la simulación como una metodología docente y al simulador como su instrumento, pensado y diseñado para cada objetivo docente. Visto de esta manera, la eficacia del simulador no es su complejidad sino su utilidad para el objetivo docente propuesto de forma particular.

3. Trabajo de campo

3.3. Unidad de análisis.

La unidad de análisis de la presente investigación son los alumnos matriculados en los talleres de simulación llevados a cabo en el Centro Nacional de Simulación clínica de enfermería, realizados en el mes de Marzo del 2021.

Correspondiendo a la unidad de análisis según Bernal como "… son las personas directamente relacionadas con el estudio, siendo las principales fuentes para la obtención de la información" (Bernal, 2010, pág. 122).

Debido al contexto actual de situación epidemiológica, en la que nos encontramos atravesando (COVID 19), si bien la realización de los talleres de forma presencial se han activado de forma paulatina y con todas las medidas de bioseguridad implementadas. El número de alumnos por grupos se ve reducida al mínimo permitido en el centro.

Dando como resultado 92 los alumnos encuestados, correspondientes a un grupo de 4 alumnos por día, en el lapso de tiempo antes mencionado (Marzo 2021), de los cuales tomaremos toda la información necesaria para la realización de nuestro trabajo de investigación.

3.4. Selección de muestra.

Esta investigación tuvo lugar en el Centro Nacional de Simulación clínica de enfermería realizados en el mes de Marzo del 2021. La población de estudio alumnos que concurrieron a dichos talleres.

3.3.

Criterios de inclusión:

- Querer participar de la muestra.
- Hayan realizado alguno de los talleres en el centro dentro del mes de Marzo 2021.
- Al momento del taller estar graduado.
- Cualquier edad, sexo, grado de estudios.
- Sin distinción en especialidades.

Criterios de exclusión:

- No querer participar de la muestra.
- Ser estudiante.
- No haber participado a talleres en el centro.

3.4. Técnica de recolección de datos.

La técnica para la recolección de datos fue por medio de encuestas, mediante la realización de cuestionarios de forma escrita, la cual fue denominada como Evaluación Integral de habilidades no técnicas, consta de 15 preguntas cerradas que deberá responder el alumno por escrito, de forma individual y anónima. Permitiendo esta última característica la fiabilidad de los datos y la libre expresión en sus respuestas.

El mismo está formado por variables como trato y seguridad del paciente, comunicación eficaz, roles y trabajo en equipo. Con el propósito de profundizar la descripción de la incidencia de la simulación como estrategia didáctica docente, para la incorporación de habilidades no técnicas en enfermería.

Con respecto al cuestionario, se puede añadir el planteo que realiza Arias "… es la modalidad de encuesta que se realiza de forma escrita mediante un instrumento o formato en papel contentivo de una serie de preguntas.

Denominado cuestionario auto administrado porque debe ser llenado por el encuestado, sin intervención del encuestador" (Arias, 2012).

Serán encuestados 92 enfermeros matriculados en los talleres realizados en el Centro de simulación, luego de la finalización de los mismos.

Encuesta "Evaluación Integral de habilidades no técnicas".

Estimado alumno:

Soy estudiante del Profesorado Universitario para la Educación Secundaria y Superior en la Universidad Abierta Interamericana. Por medio de la presente encuesta queremos conocer tu opinión acerca de la adquisición de habilidades no técnicas en enfermería, por medio de la simulación clínica, durante la realización de talleres en el Centro de Simulación clínica de enfermería.

La presente consta de 15 preguntas, de única respuesta, las cuales tienen por finalidad recoger información para realizar un trabajo de investigación. Así mismo, se le agradece por anticipado su valiosa colaboración, aclarando que sus respuestas y anonimato se mantendrán de forma confidencial.

Marque la opción a la cual pertenece:

1. Nivel de formación.

	A- Auxiliar en enfermería.
	B- Enfermero/a universitario.
	C- Licenciado/a en enfermería.
	D- Otro.

2. Edad.

	A- Menor a 22 años.
	B- De 22 a 30 años.
	C- De 31 a 40 años.
	D- De 41 a 50 años.
	E- Mayor a 51 años.

3. Sexo.

	A- Femenino.
	B- Masculino.
	C- Otro.

4. Experiencia laboral en el ejercicio de la profesión.

	A- Menor a 5 años.
	B- De 6 hasta 10 años.
	C- De 11 hasta 15 años.
	D- Mayor de 15 años.

		PREGUNTA	SI	NO	MUY POCO
5	Simulación como estrategia didáctica de enseñanza.	¿Reconoce al uso de la simulación clínica como estrategia didáctica docente en enfermería?			
6	Habilidades no técnicas.	¿Reconoce la adquisición de habilidades no técnicas en enfermería por medio de la simulación clínica como estrategia de enseñanza?			

	TRATO CON EL PACIENTE.	OBSERVACIONES	SIEMPRE	NUNCA	A VECES
7	Presentación frente al paciente.	¿Realizó contacto visual con el paciente, se presentó y le explicó donde se encuentra y que le ocurrió?			
8	Comunicación con el paciente y su entorno familiar.	¿Informó tanto al paciente como a sus familiares su situación clínica y los pasos a seguir?			
9	Contención emocional del paciente.	¿Realizó contacto visual y físico, lo calmó y explicó los procedimientos a realizar?			
	COMUNICACIÓN EN EL EQUIPO.	OBSERVACIONES	SIEMPRE	NUNCA	A VECES
10	Comunicación eficaz.	¿Mantuvo una comunicación clara, concisa y eficaz en el equipo interdisciplinario?			

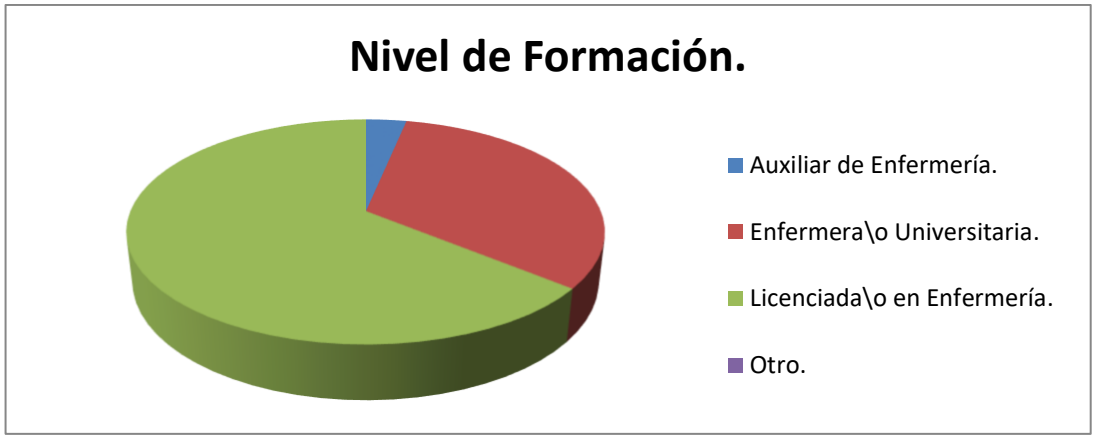
	ROLES EN EL EQUIPO.	OBSERVACIONES	SIEMPRE	NUNCA	A VECES
11	Liderazgo.	¿Ocupó el rol de líder en el grupo? Se entiende como líder quién da órdenes claras, determina la designación de roles y prioriza las intervenciones según el orden de necesidad a realizar en el equipo de trabajo.			
	TRABAJO EN EQUIPO.	OBSERVACIONES	SIEMPRE	NUNCA	A VECES
12	Coordinación del equipo.	¿Realizó su trabajo sin superponerse con otro compañero?			
13	Pedido de ayuda.	¿Solicitó ayuda a sus compañeros como a otro integrante del equipo de trabajo?			
	ORDEN Y LIMPIEZA.	OBSERVACIONES	SIEMPRE	NUNCA	A VECES
14	Unidad del paciente.	¿Mantuvo el orden y limpieza del paciente y su unidad?			
15	Unidad de trabajo.	¿Realizó orden y limpieza de su unidad de trabajo?			

3.5. Análisis e interpretación de los datos.

Al realizar las encuestas a 92 alumnos matriculados en los talleres del Centro Nacional de Simulación Clínica en Enfermería. Se obtuvieron los siguientes datos:

1- Nivel de formación.

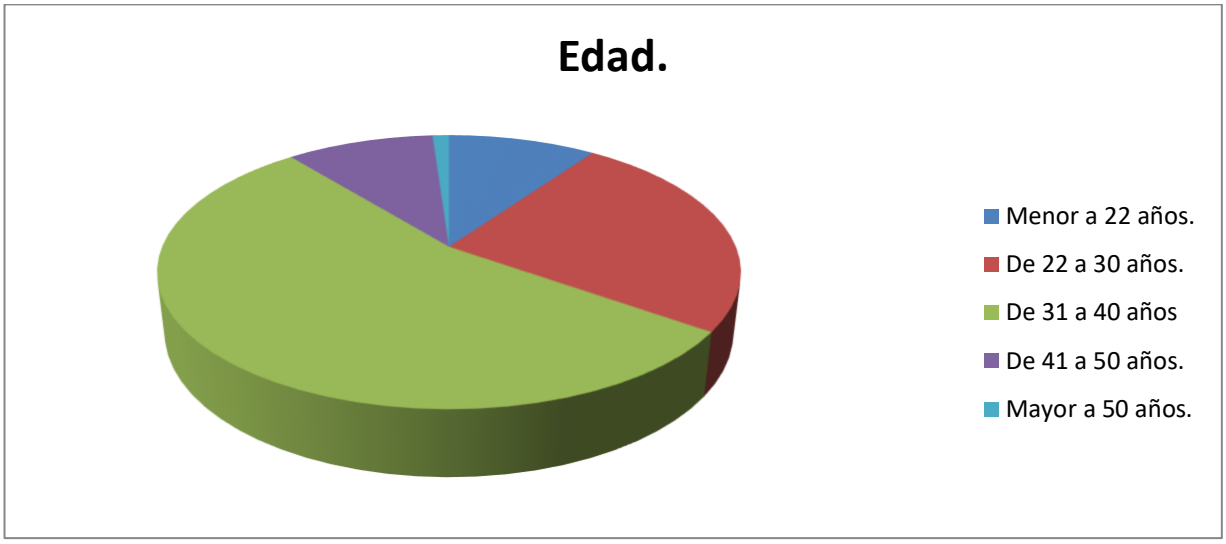
	RESPUESTAS	FRECUENCIA	%
A	Auxiliar de Enfermería.	3	3,26%
B	Enfermera\o Universitaria.	30	33%
C	Licenciada\o en Enfermería.	59	64%
D	Otro.	0	0%
	TOTAL	**92**	**100%**



Al analizar cuál es la formación en enfermería de los 92 alumnos encuestados, el mayor porcentaje correspondiente al 64% son Licenciados\as de enfermería, siguiendo con el 33% de Enfermeros\as Universitarios y sólo un 3,26% son Auxiliares en enfermería. También se puede ver que se presentaron solo 3 niveles de formación en enfermería, sin datos para OTROS.

2- Edad.

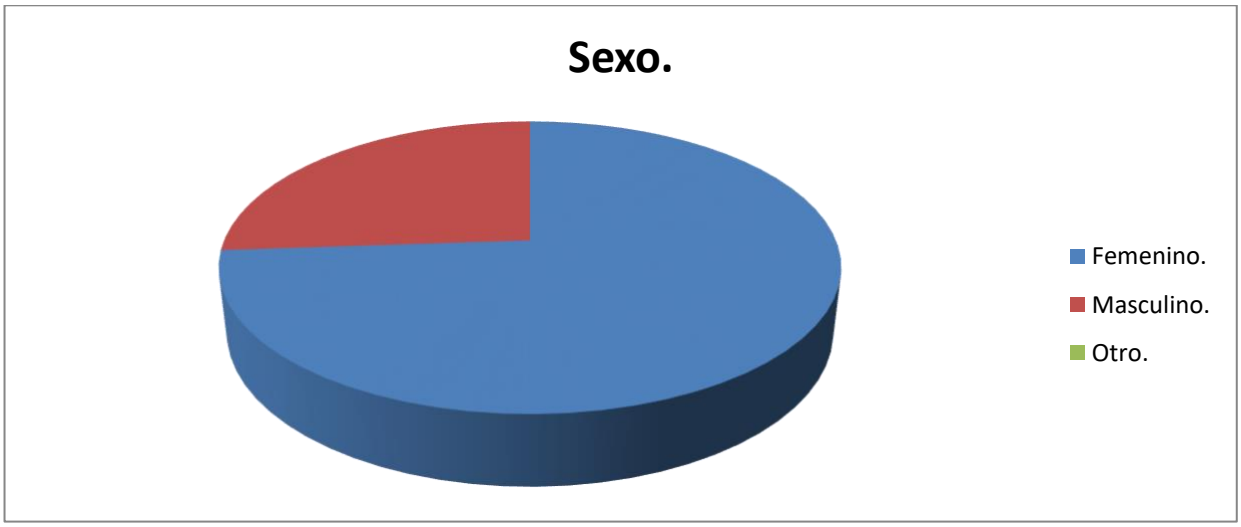
	RESPUESTAS	FRECUENCIA	%
A	Menor a 22 años.	9	9,78%
B	De 22 a 30 años.	23	25,00%
C	De 31 a 40 años	50	54,35%
D	De 41 a 50 años.	9	9,78%
E	Mayor a 50 años.	1	1,09%
	TOTAL	**92**	**100,00%**



Podemos visualizar que de los 92 alumnos encuestados, el mayor porcentaje fue de 54,35% correspondiendo al grupo etario de 31 a 40 años, siguiendo con un 25% del grupo de 22 a 30 años, luego con un 9,78% dos grupos (menor a 22 años y de 41 a 50 años) y finalizamos con el menor porcentaje que fue el del 1.09% representado por los mayores de 50 años.

3- Sexo.

	RESPUESTAS	FRECUENCIA	%
A	Femenino.	68	73,91%
B	Masculino.	24	26,09%
C	Otro.	0	0,00%
	TOTAL	**92**	**100,00%**



De acuerdo a los 92 encuestados el 73.91% corresponde al sexo femenino y en contraposición el 26,09% al sexo masculino. Vale aclarar que se encontraron solo 2 variables de respuesta, sin datos para OTROS.

4- Experiencia Laboral en el ejercicio de la profesión.

	RESPUESTAS	FRECUENCIA	%
A	Menor a 5 años.	23	25,00%
B	De 6 a 10 años.	40	43,48%
C	De11 a 15 años.	19	20,65%
D	Mayor a 15 años.	10	10,87%
	TOTAL	**92**	**100,00%**



De acuerdo al tiempo en que llevan ejerciendo la profesión, el mayor porcentaje fue del 43,48% correspondiendo al grupo de 6 a 10 años, en segundo lugar con un 25 % llevan menos de 5 años, 20,65% de 11 a 15 años y en último lugar con un 10,87% se encuentran los que llevan más de 15 años de experiencia laboral.

5- ¿Reconoce al uso de la simulación clínica como estrategia didáctica docente en enfermería?

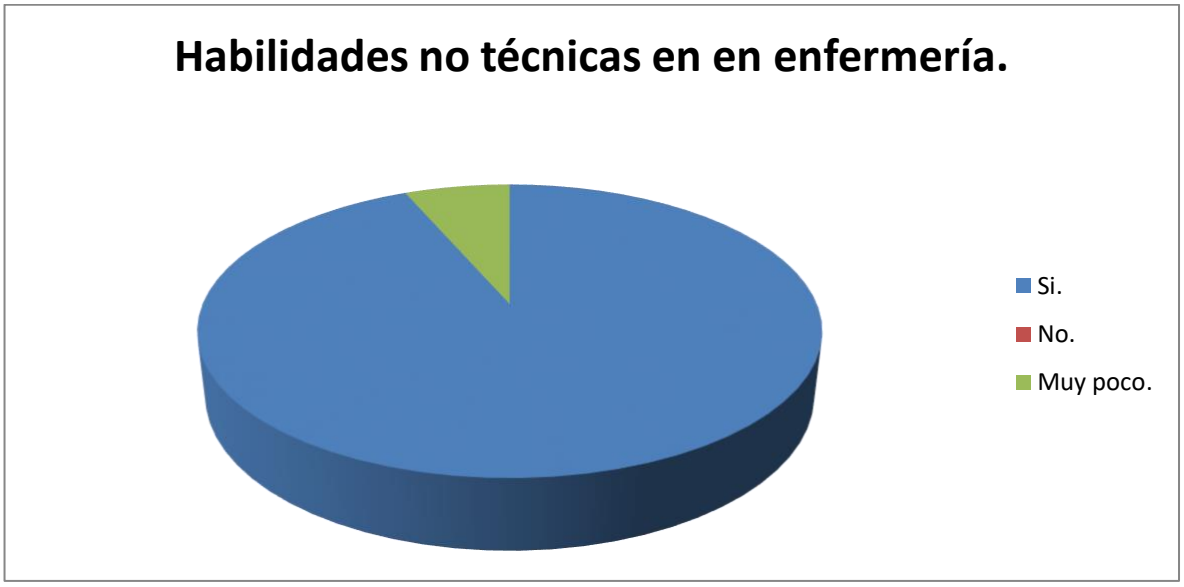
	RESPUESTAS	FRECUENCIA	%
A	Si	90	97,83%
B	No	1	1,09%
C	Muy poco.	1	1,09%
	TOTAL	**92**	**100,00%**



Al indagar sobre el reconocimiento de la simulación como estrategia didáctica utilizada por los docentes en enfermería, de los 92 encuestados el 97,83% respondieron que si, en cambio los que negaron reconocerla fueron el 1.09%, al igual que los que respondieron tener muy poco reconocimiento de la simulación como estrategia didáctica de enseñanza.

6- ¿Reconoce la adquisición de habilidades no técnicas en enfermería por medio de la simulación clínica como estrategia de enseñanza?

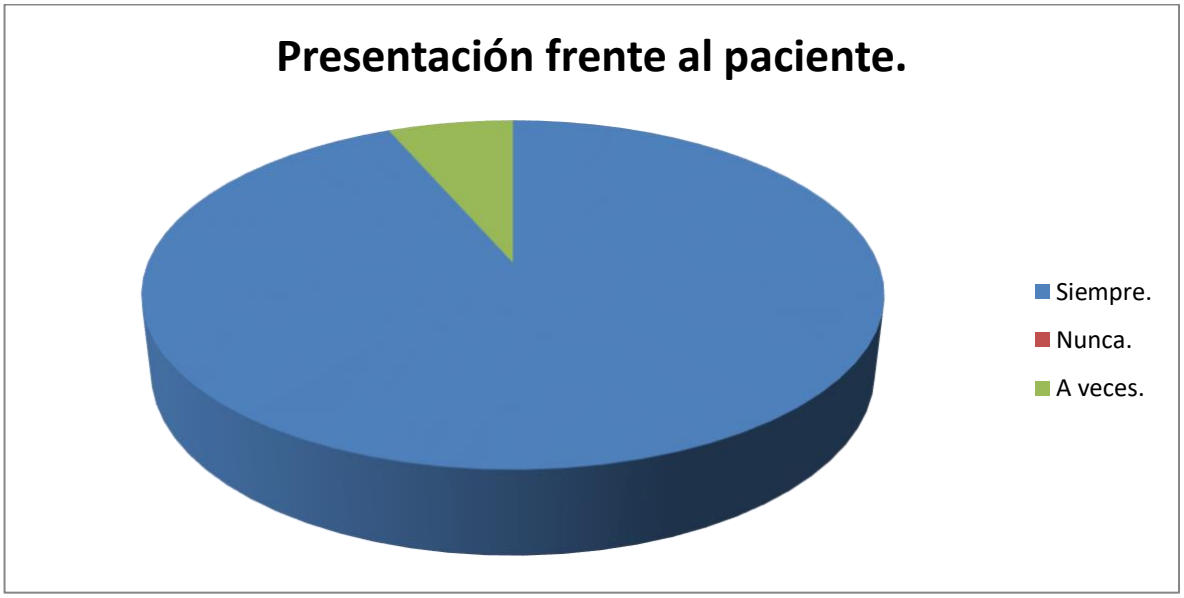
	RESPUESTAS	FRECUENCIA	%
A	Sí.	86	93,48%
B	No.	0	0,00%
C	Muy poco.	6	6,52%
	TOTAL	**92**	**100,00%**



Al llegar la pregunta sobre el reconocimiento de las habilidades no técnicas en enfermería, el 93,48% respondieron que reconocen que por medio de la simulación se adquieren las mismas. Mientras que un 6,52% lo reconoce en muy pocos casos, no hubo negación absoluta de reconocimiento.

7- ¿Realizó contacto visual con el paciente, se presentó y le explicó donde se encuentra y que le ocurrió?

	RESPUESTAS	FRECUENCIA	%
A	Siempre.	86	93,48%
B	Nunca.	0	0,00%
C	A veces.	6	6,52%
	TOTAL	**92**	**100,00%**



De los 92 encuestados, el 93,48% de los alumnos respondieron que se presentaron frente al paciente durante la realización del taller. En cambio el 6,52% sólo lo realizó ocasionalmente, no hubo respuestas de negación rotunda.

8- ¿Informó tanto al paciente como a sus familiares su situación clínica y los pasos a seguir?

	RESPUESTAS	FRECUENCIA	%
A	Siempre.	82	89,13%
B	Nunca.	2	2,17%
C	A veces.	8	8,70%
	TOTAL	**92**	**100,00%**



En esta pregunta sobre comunicación con el paciente y su entorno familiar, de los 92 encuestados, en su gran mayoría con el 89,13% respondieron de forma afirmativa, el tener una comunicación con ambos para informar sobre el estado clínico del paciente y sobre los pasos a seguir en su tratamiento. Siguiendo con un 8,70% que respondió que en ocasiones se comunican y los que respondieron que nunca lo hacen fueron apenas un 2,17%.

9- . ¿Realizó contacto visual y físico, lo calmó y explicó los procedimientos a realizar?

	RESPUESTAS	FRECUENCIA	%
A	Siempre	89	96,74%
B	Nunca	0	0,00%
C	A veces.	3	3,26%
	TOTAL	**92**	**100,00%**



Al indagar en esta pregunta sobre la contención emocional brindada al paciente, el 96,74% respondió afirmando, sólo el 3,26% se limitó a responder que solo lo realiza a veces. No se encontraron respuestas de negación absoluta.

10- ¿Mantuvo una comunicación clara, concisa y eficaz en el equipo interdisciplinario?

	RESPUESTAS	FRECUENCIA	%
A	Siempre.	87	94,57%
B	Nunca.	1	1,09%
C	A veces.	4	4,35%
	TOTAL	**92**	**100,00%**



Al valorar la comunicación entre el equipo interdisciplinario, obtuvimos que el 94,57% respondió que mantiene una comunicación eficaz, el 4,35% solo la mantiene a veces y un pequeño porcentaje de 1,09% no la mantiene en ningún momento.

11-¿Ocupó el rol de líder en el grupo?
Se entiende como líder quién da órdenes claras, determina la designación de roles y prioriza las intervenciones según el orden de necesidad a realizar en el equipo de trabajo.

	RESPUESTAS	FRECUENCIA	%
A	Si	23	25%
B	No	69	75%
	TOTAL	**92**	**100%**



Con esta pregunta valoraremos la presencia e identificación del líder en el equipo de trabajo. De los 92 encuestados, el 25% respondió afirmativamente si ocupó el lugar de líder en el equipo de trabajo, recordando que el mismo es quién da órdenes claras, designa roles y tareas a cumplir según la importancia en necesidad. Un 75% respondió negativamente. Más adelante, en el contexto general, evaluaremos dicho rol.

12- ¿Realizó su trabajo sin superponerse con otro compañero?

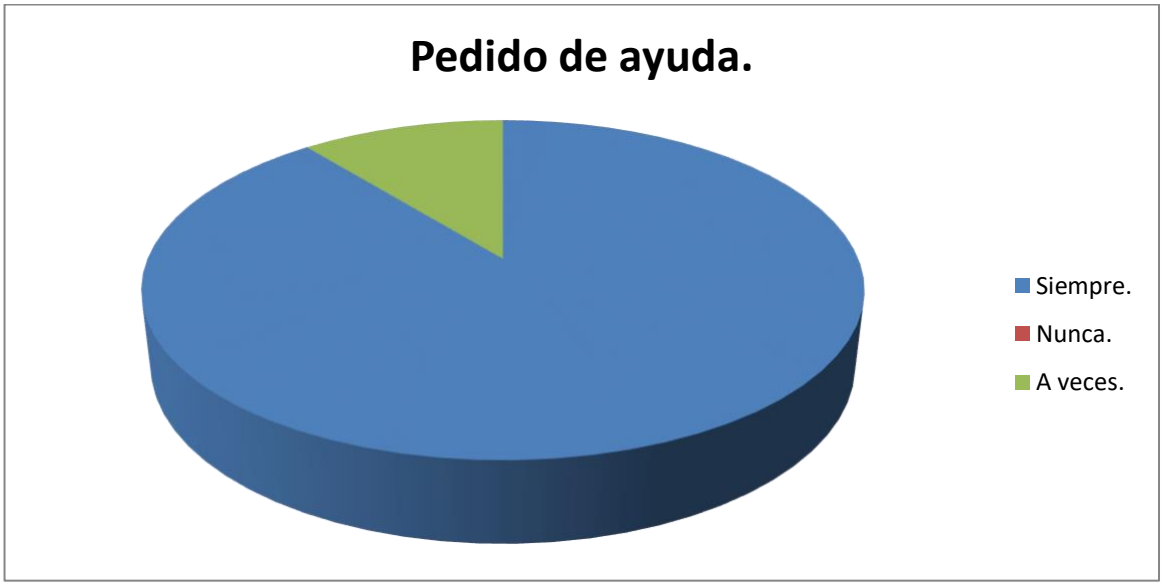
	RESPUESTAS	FRECUENCIA	%
A	Siempre.	86	93%
B	Nunca.	2	2%
C	A veces.	4	4%
	TOTAL	**92**	**100%**



Al preguntar sobre la coordinación en el trabajo del equipo, de los 92 encuestados, el 93% respondió que realiza su trabajo sin interponerse con otro compañero, evitando así, realizar dos personas el mismo trabajo o interferir en el del compañero. El 4% respondió que a veces logra no interponerse a otro compañero y el 2% nunca puede lograr coordinar con el equipo de trabajo.

13- ¿Solicitó ayuda a sus compañeros como a otro integrante del equipo de trabajo?

	RESPUESTAS	FRECUENCIA	%
A	Siempre.	82	89%
B	Nunca.	0	0%
C	A veces.	10	11%
	TOTAL	**92**	**100%**



Al preguntar si los alumnos piden ayuda a algunos de los integrantes del equipo de trabajo, durante la realización del taller, el 89% respondió solicitaron ayuda siempre y el 11% sólo a veces, no se obtuvieron datos de negación absoluta.

14- ¿Mantuvo el orden y limpieza del paciente y su unidad?

	RESPUESTAS	FRECUENCIA	%
A	Siempre.	84	91%
B	Nunca.	0	0%
C	A veces.	8	9%
	TOTAL	**92**	**100%**



De los 92 alumnos encuestados, el 91% respondió que siempre mantuvo el orden y la limpieza, tanto en el paciente como en toda su unidad. Sólo el 9% respondió que lo realizó a veces y no se obtuvieron datos de negación absoluta.

15- ¿Realizó orden y limpieza de su unidad de trabajo?

	RESPUESTAS	FRECUENCIA	%
A	Siempre.	80	87%
B	Nunca.	1	1%
C	A veces.	11	12%
	TOTAL.	**92**	**100%**



Al preguntar si realizaron orden y limpieza de su unidad de trabajo, de los 92 alumnos, el 87% respondió que siempre lo realiza, el 12% que a veces y solo el 1% que nunca lo realizaron durante la realización de los talleres.

En conclusión, si realizamos un análisis de todas las respuestas obtenidas de los alumnos encuestados, teniendo en cuenta el contexto en el cual se encuentran. Que es el de un taller de simulación. Podemos afirmar que en su gran mayoría corresponde a un personal femenino, de adultas jóvenes, que llevan en el ejercicio de la enfermería de 6 a 10 años correspondiendo a su alto nivel de instrucción.

Como así también el reconocimiento que tienen sobre el uso de la simulación como estrategia didáctica docente, para la adquisición de habilidades no técnicas. Afirmando que dichas habilidades se basan en su presentación al paciente con una comunicación eficaz, no sólo en el equipo interdisciplinario, sino con el paciente y su entorno familiar. Basado en la contención emocional de ambas partes y la entrega de información sobre el estado clínico del mismo, llevando calma y seguridad; tanto al paciente como a sus familiares. Sabemos que el contexto de escenario en ocasiones no es el más apto, pero en la gran mayoría de las situaciones se logra implementar.

Con respecto a los roles que se visibilizan en el equipo de trabajo, tenemos el del líder. Si observamos en las respuestas de los encuestados, el porcentaje obtenido es relativamente proporcional a los equipos de trabajos encuestados. Ya que en cada equipo se visibilizó la presencia e identificación del líder, encargado de dar órdenes, designar distintos roles y tareas de acuerdo a la necesidad de aplicación, como también se visibilizó al resto de los integrantes acatar sus indicaciones. Logrando así un trabajo coordinado del equipo, respetando el orden del paciente y su unidad en toda su dimensión, como también el de la unidad de servicio en la que se trabaja.

Afirmando que todas estas habilidades proporcionan una práctica con pensamiento crítico, con total manejo de distintas situaciones que surgen de forma espontánea e inesperada, llevadas a cabo por un equipo de trabajo coordinado y sólido, para promover la calidad de atención basada en la seguridad del paciente, independientemente de los saberes previos que presentan cada uno de los alumnos.

4. Conclusión.

El uso de la simulación como estrategia didáctica docente en el ámbito de salud, se encuentra instalado hace muchos años. Con el devenir de la educación, dichas estrategias se han puesto al alcance de todos y han evolucionado de la mano de la tecnología en la actualidad.

Quedando atrás los métodos tradicionales de enseñanza, basados en la incorporación automatizada de conocimientos por repetición y memorización, dando lugar al cambio de paradigma que presenta la educación actual con la adquisición de conocimiento significativo. Gracias a la incorporación de innovadoras estrategias de enseñanza docente, como es el uso de la simulación clínica en enfermería, que tiene como premisa fundamental nuestro trabajo de investigación.

Dando inicio al cambio cultural que sufren las intervenciones de enfermería por medio de las habilidades no técnicas, de las cuales se tenía conocimiento, pero en la actualidad se las pudo insertar en un marco teórico para su identificación. Por medio de las mismas se ha dado paso a la conformación de la cultura de la seguridad del paciente, basadas en prácticas seguras con un pensar y actuar crítico, dentro de un equipo interdisciplinario sólido y coordinado.

Siendo estas habilidades no técnicas; como son el **liderazgo**, **definición de roles**, para una **toma de decisiones** con **pensamiento crítico** por medio de una **comunicación eficaz,** para poder realizar las intervenciones de manera ordenada **priorizándolas según su necesidad** con un **trabajo en equipo coordinado**. El complemento perfecto de las habilidades técnicas, que actúan en conjunto, implementadas para cumplir con los objetivos que el docente ha propuesto mediante el uso de la simulación clínica.

Por lo tanto, podemos señalar según el análisis de los resultados de los alumnos encuestados y la revisión bibliográfica, son las oportunidades que nos provee la simulación clínica, al poder adquirir e incorporar las habilidades no técnicas en enfermería dando como resultado, el desarrollo de comportamiento de alumno, su actitud como también sus valores éticos y morales. (Carvalho, 2016). Con una retroalimentación dinámica, debido a la inmediatez de los

resultados de dicha estrategia didáctica. Permitiendo la corrección de errores sin causar daño alguno al paciente.

Bibliografía

Anijovich, R. -M. (2021). *Estrategias de Enseñanza. Otra mirada al quehacer en el aula.* (2° ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires., Buenos Aires., Argentina: Aique.

Ayala, J. R.-A.-C. (2019). La simulación clínica como estrategia de enseñanza-aprendizaje en ciencias de la salud. *Revista Metro Ciencia.*, 32-38.

Buenos Aires Ciudad. (s.f.). Obtenido de http://www.buenosaires.gob.ar

Carvalho, E. C. (2016). Una mirada para las habilidades no técnicas del enfermero: contribuciones de la simulación. *Revista Latino_ Americana de Enfermagem, 24*(2791).

Dierckmann, P. (Agosto de 2016). Obtenido de http://www.laerdaltraining.com/sun/enable/pdf/diekman_article.pdf

Espino Muñoz, S. M.-D.-H. (1995). *Desarrollo de enfermería en Argentina 1985-1995. Análisis de situación y líneas de trabajo.* CABA., Buenos Aires., Argentina: Organización Panamericana de la salud.

Ferrer Arnedo, C. (9. de Septiembre. de 2019.). Obtenido de httpp://www.salusplay.com

Ferrer Arnedo, C. (13 de 9 de 2021.). Liderazgo y cuidados. *Revista Rol de Enfermería.*

Gaba. (Octubre de 2004). *La visión futura de la simulación en el cuidado de la salud.* Obtenido de https://doi.org/10.1136/qhc.13.suppl_1.i2

Galindo López, J. &. (2007). Salud Uninorte. *23*(1), 79-95. Obtenido de http://www.saluduninorte@uninorte.edu.co

Garita, M. -S. (Diciembre. de 2003). Práctica de liderazgo del profesional de Enfermería. *Enfermería en Costa Rica., 25*(1), 22-25.

Hospital Regional Unversitario de Málaga. (9 de Octubre de 2018).

INET. Instituto Nacional de Educación tecnológica. (s.f.). Obtenido de http://www.inet.edu.ar

Laverde Contreras, O. C.-E.-A. (1 de Diciembre de 2017). Rol independiente y ambiente de la práctica de enfermería. *Revista Ccubana de Enfermería., 33*(4).

Leonel, A. O.-L.-&. (2012). La comunicación enfermera- paciente en la atención hospitalaria, casp México. *Enfermería Neurológica., 11*(3), 138-141.

López Sánchez, M. R.-P.-L. (2013). La simulación clínica como herramienta de aprendizaje. *CMA Cirugía mayor ambulatoria., 18*(1).

Miller, L. R.-D. (2008). Simulación in situ: un método de aprendizaje experiencial para promover la seguridad y el comportamiento del equipo. *Revista de enfermería perinatal y neonatal.*, 105-113.

Narváez, M. (4 de Septiembre de 2015). *Centro de Simulaciones Médicas: implementación tecnológica para el aprendizaje práctico.* Obtenido de CIiencia MX Noticias.: http://www.cienciamx.com

Petra-Micu, I. (Diciembre de 2012). La enseñanza de la comunicación en medicina. *Investigación en educación médica., 1*(4), 218-224.

Piña Jiménez, I. A. (Septiembre de 2015). La enseñanza de la enfermería con simuladores, consideraciones teórico-pedagógicas para perfilar un modelo didáctico. *EnfermeríaUniversitaria., 12*(3), 152-159.

Rodríguez, R. (2020). La Enfermería en Argentina: Una mirada histórica. *Revista Electrónica. Red Iberoamericana de Enfermería.*, 5-10.

Ruiz de Vargas, M. J. (Diciembre de 2005). *Revista del programa de psicología Universidad del Norte.Psicología desde El Caribe.*(16), 64-91.

Sanz Valero, J. (Julio de 2019). Comunicación para la Salud Laboral. . *Medicina y Seguridad del Trabajo., 65*(256), 173-176.

Urra Medina, E. ,. (abril-junio de 2017). El desafío y futuro de la Simulación como estrategia de enseñanza en enfermería. *Revista Investigación en educación médica., 6*(22), 119-125.

Vasallo, J. G.-G.-B.-P.-V.-A.-Z.-G.-V. (2015). *Archivos Argentinos de Pediatría.* Obtenido de https://dx.doi.org/10.5546/aap.2015.544

Young, P. H.-C. (2011). Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. *Revista Médica de Chile., 139*, 807-813.