REPÚBLICA DEL ECUADOR

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

ARTÍCULOS PROFESIONALES DE ALTO NIVEL
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

MAGÍSTER EN EDUCACIÓN CON MENCIÓN EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN EDUCACIÓN SUPERIOR

TEMA:

PERCEPCIÓN DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA SOBRE LA CONTRIBUCIÓN DE LA SIMULACIÓN CLÍNICA AL APRENDIZAJE Y LA PRÁCTICA CLÍNICA: ESTUDIO TRANSVERSAL

AUTORES:
ERIK FABRISIO ALCÍVAR MARTÍNEZ
MARIO RENE JIMÉNEZ YUCAILLA
RÓMULO ERNESTO MÉNDEZ PLUAS

TUTOR:
MSc. CARLOS EDUARDO FONSECA LARGO

Milagro, 2026

RESUMEN

Objetivo: Describir la percepción de estudiantes de séptimo semestre e internado rotativo sobre la contribución de la simulación clínica al aprendizaje, las competencias clínicas, la preparación percibida y el rol del docente facilitador. **Método:** estudio cuantitativo, no experimental, transversal y descriptivo realizado con los 30 estudiantes elegibles de una institución de educación superior. Se aplicó un cuestionario tipo Likert de 17 ítems, organizado en cuatro dimensiones. Se calcularon frecuencias, porcentajes, medias, medianas y alfa de Cronbach; las comparaciones por horas de simulación fueron únicamente descriptivas. **Resultados:** el rol docente obtuvo la media global más alta (4,37/5), seguido del aprendizaje cognitivo y la transferencia percibida (4,34/5), las competencias clínicas (4,23/5) y la preparación percibida, seguridad y confianza (3,92/5). La consistencia interna total fue elevada (α = 0,967). El grupo con 21-40 horas presentó las medias más altas en las cuatro dimensiones; sin embargo, las puntuaciones no aumentaron de manera lineal con el tiempo de exposición. **Conclusiones:** los participantes valoraron favorablemente la simulación y, en particular, el acompañamiento del facilitador. Los resultados expresan percepciones autoinformadas y no demuestran eficacia, causalidad ni un número óptimo de horas.

PALABRAS CLAVE: Simulación clínica; educación en enfermería; estudiantes de enfermería; competencia clínica; aprendizaje; práctica reflexiva.

ABSTRACT

Objective: To describe seventh-semester and rotating-internship nursing students' perceptions of the contribution of clinical simulation to learning, clinical competencies, perceived preparedness, and the role of the facilitator. **Method:** A quantitative, non-experimental, cross-sectional, descriptive study was conducted with all 30 eligible students from one higher education institution. A 17-item Likert-type questionnaire covering four dimensions was administered. Frequencies, percentages, means, medians, and Cronbach's alpha were calculated; comparisons by simulation exposure were descriptive only. **Results:** The facilitator role received the highest overall mean score (4.37/5), followed by cognitive learning and perceived transfer (4.34/5), clinical competencies (4.23/5), and perceived preparedness, safety, and confidence (3.92/5). Total internal consistency was high (α = 0.967). Students reporting 21-40 hours of simulation had the highest mean scores in all four dimensions; however, ratings did not increase linearly with exposure time. **Conclusions:** Participants perceived simulation favorably, particularly facilitator support. These self-reported findings do not establish effectiveness, causality, or an optimal number of simulation hours.

KEYWORDS: Clinical simulation; nursing education; nursing students; clinical competence; learning; reflective practice.

1. INTRODUCCIÓN

La formación clínica en enfermería exige integrar conocimiento científico, habilidades procedimentales, juicio clínico y comunicación en situaciones donde el error puede tener consecuencias para el paciente. La simulación ofrece un espacio protegido para ensayar decisiones, recibir retroalimentación y repetir una intervención antes de trasladarla al entorno asistencial. Sin embargo, disponer de escenarios o simuladores no garantiza por sí solo que el aprendizaje se transfiera a la práctica: también intervienen el diseño pedagógico, la orientación docente, la reflexión posterior y las oportunidades de exposición.

En el grupo estudiado resultaba necesario conocer cómo vivían los estudiantes esa transición: qué elementos les ayudaban a integrar teoría y práctica, en qué medida se sentían preparados y cómo valoraban el acompañamiento recibido durante los escenarios simulados. Las percepciones no sustituyen una evaluación objetiva del desempeño, pero permiten reconocer fortalezas, experiencias menos favorables y aspectos curriculares que requieren revisión.

1.1 Pregunta de investigación

¿Cómo perciben los estudiantes de séptimo semestre e internado rotativo la contribución de la simulación clínica a su aprendizaje y preparación para la práctica clínica real?

1.2 Objetivo general

Describir la percepción de los estudiantes de séptimo semestre e internado rotativo sobre la contribución de la simulación clínica al aprendizaje, el desarrollo de competencias clínicas, la preparación emocional, la seguridad, la confianza y el rol del docente facilitador durante su formación.

1.3 Objetivos específicos

1. Caracterizar a los participantes según las horas de exposición a actividades de simulación clínica.
2. Describir la percepción estudiantil sobre la contribución de la simulación clínica al aprendizaje cognitivo y al desarrollo de competencias clínicas.
3. Describir la percepción estudiantil sobre la preparación emocional, la seguridad y la confianza para la práctica clínica.
4. Describir la valoración de los estudiantes sobre el rol del docente facilitador durante las actividades de simulación clínica.

2. ESTADO DEL ARTE

2.1 Evolución y aporte formativo de la simulación clínica

La simulación clínica ha evolucionado desde la práctica de procedimientos aislados con modelos anatómicos hacia escenarios que integran valoración, razonamiento clínico, comunicación, liderazgo y trabajo en equipo. Este cambio responde a la necesidad de preparar al estudiante para situaciones complejas sin exponer al paciente a riesgos evitables. Las revisiones recientes informan beneficios en conocimientos y habilidades, aunque también advierten diferencias importantes entre diseños, modalidades y periodos de seguimiento (Alharbi et al., 2024). Por ello, la tecnología debe entenderse como un recurso al servicio del objetivo educativo y no como garantía automática de aprendizaje.

2.2 Aprendizaje, competencias clínicas y seguridad

El valor de la simulación reside en que obliga al estudiante a interpretar información, priorizar cuidados, tomar decisiones y observar sus consecuencias. Las revisiones sobre simulación de alta fidelidad describen resultados favorables en razonamiento y toma de decisiones clínicas, pero la magnitud del efecto varía según la fidelidad, el diseño del escenario, la calidad metodológica y la forma de evaluar el resultado (Alshehri et al., 2023; Görücü et al., 2024). El entorno protegido también permite reconocer errores y volver a intentar una intervención; aun así, sentirse competente no equivale necesariamente a demostrar competencia en la atención real.

2.3 Facilitación, debriefing y práctica reflexiva

La calidad de la facilitación constituye uno de los componentes más relevantes del proceso. Los estándares actuales recomiendan adaptar las ayudas a los objetivos, al nivel del participante, a la modalidad y a las condiciones de seguridad psicológica (INACSL Standards Committee et al., 2025b). De manera complementaria, el debriefing debe planificarse como un espacio estructurado de retroalimentación y análisis, no como un cierre improvisado del escenario (INACSL Standards Committee et al., 2025a). Aunque no existe evidencia suficiente para afirmar que un método de debriefing sea superior en todos los contextos, su presencia sistemática favorece que la experiencia pueda convertirse en aprendizaje consciente (Duff et al., 2024).

La propuesta del profesional reflexivo de Schön (1983) permite interpretar este proceso. Durante la simulación, el estudiante puede ajustar su actuación mientras reconoce nuevas señales, lo que se aproxima a la reflexión en la acción. Posteriormente, el debriefing le permite

reconstruir sus decisiones, explicar los criterios utilizados y considerar otras alternativas, proceso cercano a la reflexión sobre la acción. En estudios cualitativos, el facilitador ha sido descrito precisamente como un catalizador de la autorreflexión y de una conciencia profesional más integrada (Husebø et al., 2024).

2.4 Exposición, transferencia y vacíos de conocimiento

El número de horas no explica por sí solo la calidad de la experiencia simulada. La duración del prebriefing, del escenario y del debriefing puede relacionarse de forma distinta con el conocimiento y las habilidades, por lo que la evidencia no permite establecer una dosis universal de simulación (Tong et al., 2022). También importa el momento curricular: algunos estudiantes prefieren recibir simulación antes del contacto clínico, pero esas preferencias no prueban la superioridad de una secuencia específica (Maghrabi et al., 2025). En experiencias longitudinales se han descrito aprendizajes percibidos que se extienden hacia la práctica, aunque todavía son limitadas las mediciones objetivas y de seguimiento prolongado (French et al., 2025).

En síntesis, la literatura respalda el potencial formativo de la simulación, pero mantiene tres vacíos relevantes: no existe consenso sobre el número de horas necesario, la transferencia hacia la práctica clínica real se evalúa con poca frecuencia y el efecto del facilitador suele analizarse junto con otros componentes del escenario. Estos vacíos justifican describir, en el contexto estudiado, cómo valoran los estudiantes el aprendizaje, las competencias, la preparación y el acompañamiento docente según su exposición acumulada.

3. MÉTODO

3.1 Diseño y contexto

Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, transversal y descriptivo en una institución de educación superior. Los datos se recogieron una sola vez, entre el 22 y el 31 de julio de 2026. No se manipuló la exposición a la simulación ni se aplicó una intervención; en consecuencia, el análisis se limitó a describir percepciones y diferencias entre grupos, sin probar asociaciones causales.

3.2 Participantes

La población accesible estuvo conformada por 30 estudiantes elegibles de séptimo semestre e internado rotativo que habían participado en actividades de simulación clínica y en prácticas

asistenciales. Se empleó un muestreo censal: se invitó a la totalidad de la población accesible y los 30 estudiantes aceptaron participar. Se incluyeron quienes estaban matriculados en uno de los niveles señalados, tenían experiencia previa en simulación y práctica clínica, aceptaron el consentimiento informado y completaron el cuestionario. No se realizó cálculo probabilístico del tamaño muestral.

3.3 Instrumento y variables

Se utilizó una encuesta estructurada con respuestas tipo Likert de cinco puntos, desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo). El análisis dimensional incluyó 17 ítems: aprendizaje cognitivo y transferencia percibida (3 ítems), competencias clínicas percibidas (4 ítems), preparación percibida, seguridad y confianza (5 ítems) y rol del docente facilitador (5 ítems). Las horas acumuladas de simulación se registraron en cuatro categorías: menos de 10, entre 10 y 20, entre 21 y 40 y más de 40 horas.

El formulario contenía además dos enunciados de redacción casi equivalente sobre preparación para la atención hospitalaria. En el análisis actual no se incorporaron a los puntajes dimensionales para evitar duplicidad conceptual; la decisión deberá quedar sustentada en la matriz definitiva del instrumento. El cuestionario fue remitido a revisión por expertos antes de su aplicación, pero el informe con su número, perfil, procedimiento, resultados y correcciones no estaba disponible al cierre de este manuscrito. Por tanto, se informa la consistencia interna, pero no se afirma que la validez de contenido esté documentada.

La consistencia interna fue elevada para el total de 17 ítems ($\alpha = 0,967$) y para cada dimensión: aprendizaje cognitivo y transferencia percibida ($\alpha = 0,862$), competencias clínicas ($\alpha = 0,907$), preparación percibida, seguridad y confianza ($\alpha = 0,905$) y rol docente ($\alpha = 0,956$). Estos coeficientes describen la coherencia de las respuestas en esta muestra; no constituyen, por sí solos, evidencia suficiente de validez del instrumento.

3.4 Procedimiento y análisis

La encuesta se administró mediante un formulario electrónico. Antes de responder, cada participante recibió información sobre el propósito académico del estudio, la voluntariedad, la confidencialidad y el uso de los datos. Las respuestas se organizaron en Microsoft Excel y se analizaron en Jamovi. Se calcularon frecuencias y porcentajes para las horas de simulación; para las dimensiones se obtuvieron medias, medianas y alfa de Cronbach. También se calcularon medias por categoría de exposición. Debido al tamaño total y al reducido número de participantes en cada subgrupo, no se aplicaron pruebas inferenciales ni se estimaron efectos.

3.5 Consideraciones éticas

La participación fue voluntaria y se obtuvo consentimiento informado. Se protegieron el anonimato, la confidencialidad y el uso académico de la información. La autoridad institucional tuvo conocimiento de la aplicación y recibió una solicitud formal de autorización; la respuesta escrita continuaba pendiente al cierre de este borrador. Antes de someter el manuscrito a una revista deberá incorporarse esa autorización y confirmarse si, según la normativa institucional aplicable, corresponde un aval, una exención o un dictamen de comité de ética.

4. RESULTADOS

4.1 Características de la muestra

Participaron 30 estudiantes. La categoría más frecuente fue la de 21-40 horas de simulación (33,3 %), seguida de 10-20 horas (26,7 %), menos de 10 horas (23,3 %) y más de 40 horas (16,7 %). En conjunto, cinco de cada seis participantes informaron 40 horas o menos de exposición (Tabla 1).

Tabla 1

Distribución de los participantes según horas acumuladas de simulación clínica (n = 30)

Horas de simulación	n	%
Menos de 10 horas	7	23,3
Entre 10 y 20 horas	8	26,7
Entre 21 y 40 horas	10	33,3
Más de 40 horas	5	16,7
Total	**30**	**100,0**

Nota. Porcentajes calculados sobre el total de participantes.

4.2 Valoración global de las dimensiones

Las cuatro dimensiones presentaron medias superiores a 3,9 en una escala de 1 a 5. El rol del docente facilitador obtuvo la valoración más alta (M = 4,37; Md = 4,60), seguido del aprendizaje cognitivo y la transferencia percibida (M = 4,34; Md = 4,33), las competencias clínicas percibidas (M = 4,23; Md = 4,25) y la preparación percibida, seguridad y confianza (M = 3,92; Md = 4,00).

La Tabla 2 integra los resultados descriptivos y la consistencia interna.

Tabla 2

Puntuaciones globales y consistencia interna de las dimensiones evaluadas

Dimensión	k	M (Md)	α
Aprendizaje cognitivo y transferencia percibida	3	4,34 (4,33)	.862
Competencias clínicas percibidas	4	4,23 (4,25)	.907
Preparación percibida, seguridad y confianza	5	3,92 (4,00)	.905
Rol del docente facilitador	5	4,37 (4,60)	.956
Instrumento total	17	-	.967

Nota. Escala de 1 a 5. k = número de ítems; M = media; Md = mediana; α = alfa de Cronbach. Los dos enunciados exploratorios duplicados no se incluyeron en estos cálculos.

4.3 Resultados según horas de simulación

El grupo con 21-40 horas presentó la media más alta en las cuatro dimensiones: aprendizaje (4,73), competencias clínicas (4,60), preparación percibida, seguridad y confianza (4,50) y rol docente (4,68). Sin embargo, el grupo con más de 40 horas no mantuvo esa progresión y obtuvo medias de 4,13, 3,85, 3,72 y 4,00, respectivamente (Tabla 3). Por tanto, la distribución observada no mostró una relación lineal entre mayor exposición y mejor valoración.

Tabla 3

Medias de las dimensiones según horas acumuladas de simulación clínica

Horas (n)	Aprend.	Compet.	Prep./seg./conf.	Rol docente
Menos de 10 (7)	4,38	4,43	3,83	4,46
Entre 10 y 20 (8)	3,96	3,81	3,40	4,13
Entre 21 y 40 (10)	4,73	4,60	4,50	4,68
Más de 40 (5)	4,13	3,85	3,72	4,00

Nota. n entre paréntesis. Aprend. = aprendizaje; Compet. = competencias; Prep./seg./conf. = preparación, seguridad y confianza. Las comparaciones son descriptivas; no se realizaron pruebas de hipótesis debido al tamaño de los subgrupos.

5. DISCUSIÓN

Este estudio encontró una valoración favorable de la simulación clínica en las cuatro dimensiones examinadas. El resultado más consistente fue la percepción del rol docente, mientras que la preparación percibida, la seguridad y la confianza obtuvieron la media más baja, aunque permanecieron por encima del punto medio de la escala. Las diferencias entre categorías de horas no siguieron una trayectoria ascendente: las puntuaciones más altas se concentraron en el grupo de 21-40 horas y disminuyeron entre quienes informaron más de 40. Estos hallazgos deben leerse como la descripción de una experiencia estudiantil concreta, no como una prueba de efectividad ni como la identificación de una cantidad óptima de simulación.

La elevada valoración del facilitador coincide con la importancia que los estándares de buenas prácticas asignan a la preparación, la adaptación de las ayudas y la creación de un entorno psicológicamente seguro (INACSL Standards Committee et al., 2025b). La claridad de las instrucciones, el ambiente de aprendizaje, la respuesta a las dudas y la retroalimentación formaron parte de esta dimensión. En términos curriculares, el resultado sugiere que invertir únicamente en tecnología sería insuficiente: el modo en que el docente prepara, acompaña y cierra la experiencia puede ser tan visible para el estudiante como el simulador utilizado.

La interpretación desde Schön (1983) aporta una lectura especialmente pertinente. La simulación permite que el estudiante actúe ante una situación incierta y ajuste su respuesta mientras recibe nuevas señales, proceso cercano a la reflexión en la acción. Durante el debriefing, puede reconstruir lo ocurrido, hacer explícitos los criterios que guiaron sus decisiones y considerar alternativas, lo que se aproxima a la reflexión sobre la acción. Husebø et al. (2024) describieron al facilitador como catalizador de esa reflexión y del desarrollo de una conciencia profesional más integrada. En el presente estudio no se midieron directamente procesos reflexivos; por ello, la conexión con Schön funciona como marco interpretativo y no como un resultado observado.

El aprendizaje cognitivo y la transferencia percibida recibieron una valoración alta. Esta percepción es compatible con revisiones que informan mejoras en conocimiento y habilidades tras experiencias de simulación, aunque la evidencia sobre retención a largo plazo sigue siendo limitada (Alharbi et al., 2024). También coincide con el estudio longitudinal cualitativo de French et al. (2025), en el que los participantes describieron aprendizajes que se extendían hacia la práctica. No obstante, en esta investigación no se evaluó el desempeño posterior en el hospital ni se contrastaron las respuestas con observación, rúbricas u otros indicadores. Hablar de

transferencia percibida evita convertir una apreciación subjetiva en una afirmación de desempeño real.

La dimensión de competencias clínicas alcanzó una media de 4,23. Los ítems exploraron habilidades procedimentales, reconocimiento de cambios en el paciente, priorización y razonamiento clínico. Revisiones recientes respaldan el potencial de la simulación para fortalecer el razonamiento y la toma de decisiones, aunque señalan variaciones según fidelidad, diseño y calidad de los estudios (Alshehri et al., 2023; Görücü et al., 2024). El presente resultado es coherente con esa literatura, pero su naturaleza autoinformada obliga a diferenciar sentirse competente de demostrar competencia.

La preparación percibida, seguridad y confianza obtuvo la media menor. La composición de esta dimensión reúne suficiencia del tiempo, frecuencia de las actividades, seguridad para realizar procedimientos, ansiedad previa a la práctica y preparación ante situaciones complejas. Esa amplitud puede explicar una valoración más moderada: sentirse seguro no depende necesariamente de las mismas condiciones que percibir suficiente tiempo de práctica. En futuras aplicaciones sería conveniente revisar la estructura factorial y determinar si estos componentes deben mantenerse juntos o analizarse por separado.

La ausencia de un patrón lineal por horas merece una interpretación prudente. El grupo de 21-40 horas mostró las medias más altas, pero ese hallazgo no autoriza a considerar dicho intervalo como óptimo. La literatura indica que la duración de las distintas fases puede relacionarse de manera diferente con conocimiento y habilidades (Tong et al., 2022), y las experiencias prolongadas varían en intensidad, complejidad y oportunidades de retroalimentación. Además, los grupos de este estudio fueron pequeños y las horas se recogieron en categorías amplias. Es posible que el tipo de escenario, el momento curricular, la experiencia previa o la calidad del debriefing expliquen parte de las diferencias, pero esas variables no se controlaron.

En términos prácticos, los resultados apoyan tres líneas de mejora local. Primero, conservar y fortalecer la formación del facilitador, incluyendo preparación del prebriefing, seguridad psicológica y debriefing estructurado. Segundo, revisar la dimensión de preparación percibida para identificar si ansiedad, confianza y suficiencia de la práctica requieren acciones distintas. Tercero, complementar futuras encuestas con evaluaciones objetivas y seguimiento durante las prácticas clínicas. Así, la percepción estudiantil puede funcionar como señal inicial dentro de una evaluación más amplia, no como único indicador de calidad.

5.1 Limitaciones del estudio

La investigación incluyó 30 estudiantes de una sola institución y utilizó un diseño transversal. Las respuestas fueron autoinformadas, por lo que pueden estar influidas por deseabilidad social, recuerdo de las horas cursadas o experiencias recientes. No se dispuso de una medición objetiva del desempeño clínico ni de seguimiento en el entorno hospitalario. Las categorías de exposición reunieron grupos pequeños y no se aplicaron pruebas inferenciales. Aunque la consistencia interna fue elevada, el tamaño muestral limita una evaluación psicométrica más completa y un alfa alto puede coexistir con redundancia entre ítems. Además, el informe detallado de la revisión por expertos y la justificación definitiva de los dos enunciados excluidos deben incorporarse antes de la publicación. Estas limitaciones restringen la generalización y obligan a interpretar las diferencias como tendencias descriptivas.

6. CONCLUSIONES

La revisión sistemática y la encuesta muestran una percepción favorable de la simulación clínica como estrategia pedagógica en la formación de estudiantes de Enfermería. Los participantes valoraron positivamente su contribución al aprendizaje, al desarrollo de competencias clínicas y a la preparación para escenarios asistenciales reales. El rol del docente facilitador obtuvo las valoraciones más altas, lo que resalta la importancia percibida del acompañamiento pedagógico, la claridad de las instrucciones y la retroalimentación.

La exposición de 21–40 horas presentó las valoraciones más favorables en varias dimensiones; sin embargo, este patrón debe interpretarse como una tendencia descriptiva y no como evidencia de que una determinada cantidad de horas produzca mejores resultados. La transferencia del aprendizaje parece constituir un proceso multidimensional en el que intervienen la experiencia simulada, la organización de los escenarios, el debriefing, el acompañamiento docente y la preparación emocional del estudiante.

DECLARACIÓN DE POSICIONAMIENTO, FINANCIAMIENTO Y CONFLICTO DE INTERÉS

El estudio se desarrolló con fines académicos en el marco del trabajo de titulación. Con la información disponible para esta versión, no se han declarado fuentes externas de financiamiento ni intereses comerciales o financieros relacionados con la investigación. La interpretación de los resultados se mantuvo dentro del alcance descriptivo del estudio y las limitaciones metodológicas fueron expuestas de manera explícita.

REFERENCIAS

Alharbi, A., Nurfianti, A., Mullen, R. F., McClure, J. D., & Miller, W. H. (2024). The effectiveness of simulation-based learning (SBL) on students' knowledge and skills in nursing programs: A systematic review. *BMC Medical Education, 24*, 1099. https://doi.org/10.1186/s12909-024-06080-z

Alshehri, F. D., Jones, S., & Harrison, D. (2023). The effectiveness of high-fidelity simulation on undergraduate nursing students' clinical reasoning-related skills: A systematic review. *Nurse Education Today, 121*, 105679. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105679

Duff, J. P., Morse, K. J., Seelandt, J., Gross, I. T., Lydston, M., Sargeant, J., Dieckmann, P., Allen, J. A., Rudolph, J. W., & Kolbe, M. (2024). Debriefing methods for simulation in healthcare: A systematic review. *Simulation in Healthcare, 19*(1S), S112-S121. https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000765

French, C., Hollywell, C., & Roberts, G. (2025). Greater than the sum of its parts: A longitudinal qualitative study exploring learning and practice impacts of a 4-week simulated nursing placement. *Nurse Education Today, 153*, 106784. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2025.106784

Görücü, S., Türk, G., & Karaçam, Z. (2024). The effect of simulation-based learning on nursing students' clinical decision-making skills: Systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today, 140*, 106270. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106270

Husebø, S. E., Reierson, I. Å., Hansen, A., & Solli, H. (2024). Post-simulation debriefing as a stepping stone to self-reflection and increased awareness: A qualitative study. *Advances in Simulation, 9*, 33. https://doi.org/10.1186/s41077-024-00306-2

INACSL Standards Committee, Decker, S., Sapp, A., Bibin, L., Chidume, T., Crawford, S. B., Fayyaz, J., Johnson, B. K., & Szydlowski, J. (2025a). Healthcare Simulation Standards of Best Practice®: The debriefing process. *Clinical Simulation in Nursing, 105*, 101775. https://doi.org/10.1016/j.ecns.2025.101775

INACSL Standards Committee, DiGregorio, H., Todd, A., Blackwell, B., Brennan, B. A., Repsha, C., Shelton, C. M., Vaughn, J., Wands, L. M., Wruble, E., & Yeager, C. (2025b). Healthcare Simulation Standards of Best Practice®: Facilitation. *Clinical Simulation in Nursing, 105*, 101776. https://doi.org/10.1016/j.ecns.2025.101776

Maghrabi, W. H., Alshehri, S. A., Alqahtani, W. N., & Alshehri, R. Z. (2025). Nursing students' views on the timing of simulation-based education: Before versus during clinical placements. *Cureus, 17*(7), e88342. https://doi.org/10.7759/cureus.88342

Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.

Tong, L. K., Li, Y. Y., Au, M. L., Wang, S. C., & Ng, W. I. (2022). High-fidelity simulation duration and learning outcomes among undergraduate nursing students: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today, 116*, 105435. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105435

Polo del Conocimiento
ISSN: 2550-682X
Revista multidisciplinar de innovación y estudios aplicados
Artículos científicos, de revisión, cortos, casos clínicos
CASEDELPO

Casa Editora del Polo (CASEDELPO), hace constar que:

El artículo científico:

"Percepción de estudiantes de enfermería sobre la contribución de la simulación clínica al aprendizaje y la práctica clínica: estudio transversal"

De autoría:

Rómulo Ernesto Méndez Pluas, Erik Fabrisio Alcivar Martinez, Mario Rene Jiménez Yucailla

Habiéndose procedido a su revisión y analizados los criterios de evaluación realizados por lectores pares expertos (externos) vinculados al área de experticia del articulo presentado, ajustándose el mismo a las normas que comprenden el proceso editorial, se da por aceptado la publicación en el **Vol. 11, No 9, septiembre 2026,** de la revista Polo del Conocimiento, con ISSN 2550-682X, indexada y registrada en las siguientes bases de datos y repositorios: **Clase, Erihplus, Latindex, MIAR, I2OR, Google Académico, OAJI, LatAm Studies, SIS, SJIF, ESJI, Issuu, Scribd, Calaméo e Internet Archive, WorldCat, Base.**

Y para que así conste, firmo la presente en la ciudad de Manta, a los 08 días del mes de agosto del año 2026.

Dr. Víctor R. Jama Zambrano
DIRECTOR

Polo del Conocimiento
ISSN: 2550-682X
Revista multidisciplinar de innovación y estudios aplicados
Artículos científicos, de revisión, cortos, casos clínicos
CASEDELPO

Casa Editora del Polo (CASEDELPO), hace constar que:

El artículo científico:

"Percepción de estudiantes de enfermería sobre la contribución de la simulación clínica al aprendizaje y la práctica clínica: estudio transversal"

De autoría:

Rómulo Ernesto Méndez Pluas, Erik Fabrisio Alcivar Martinez, Mario Rene Jiménez Yucailla

Ha sido publicado en el ***Vol. 11, No 9, Septiembre 2026***, de la revista Polo del Conocimiento con ISSN 2550-682X, indexada y registrada en las siguientes bases de datos y repositorios: **Clase, Erihplus, Latindex, MIAR, I2OR, Google Académico, OAJI, LatAm Studies, SIS, SJIF, ESJI, Issuu, Scribd, Calaméo e Internet Archive, WorldCat, Base.**

Disponible en:

URL: https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/12409

Y para que así conste, firmo la presente en la ciudad de Manta, a los 04 días del mes de septiembre del año 2026.

Dr. Víctor R. Jama Zambrano
DIRECTOR