



TESIS DOCTORAL

Optimización de competencias en reducción del burnout, mejora del afrontamiento a la muerte y habilidades de comunicación en estudiantado de enfermería a través de simulación clínica

MIGUEL ÁNGEL MARTÍN PARRILLA

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN BIOLOGÍA MOLECULAR Y
CELULAR, BIOMEDICINA Y BIOTECNOLOGÍA.**

Esta tesis cuenta con la autorización de la directoras Macarena Celina Cáceres León y Noelia Durán Gómez, y de la Comisión Académica del programa. Estas autorizaciones están registradas en el Servicio de la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad de Extremadura.

*"And then he greeted Death as an old friend, and went with him gladly,
and, equals, they departed this life."
- J. K. Rowling*

*"La observación indica cómo está el paciente; la reflexión indica qué hay que
hacer; la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la
experiencia son necesarias para saber cómo observar; cómo pensar y qué pensar."
- Florence Nightingale*

AGRADECIMIENTOS

Quisiera comenzar expresando mi más sincero agradecimiento a mis directoras de tesis, Noelia y Macarena. Desde el primer día, Noelia ha demostrado una dedicación excepcional hacia mi desarrollo académico. Su orientación experta, su sabiduría y su paciencia han sido pilares fundamentales en cada etapa de esta investigación. Noelia no sólo me ha brindado su apoyo profesional, sino que también ha mostrado un genuino interés en mi crecimiento personal. Su constante estímulo y confianza en mis habilidades han sido una fuente constante de motivación, y su compromiso con mi éxito ha sido inquebrantable. Tengo claro que sin ella a mi lado, todo esto nunca hubiera sido posible.

Por otro lado, a Macarena, mi otra directora de tesis, le debo un profundo agradecimiento por su liderazgo inspirador y su visión innovadora. Desde el principio, Macarena ha desafiado mis límites intelectuales y me ha alentado a explorar nuevas perspectivas en mi investigación. Su capacidad para ver el panorama general mientras se centraba en los detalles ha sido verdaderamente inspirador. Macarena no sólo ha sido una mentora excepcional, sino también un modelo a seguir en cuanto a integridad y excelencia profesional. A nivel personal, ha sido un pilar fundamental en mi desarrollo humano. Retándome siempre a ver el mundo desde diferentes perspectivas.

Agradezco también a mi compañero Casimiro por ser un apoyo emocional gracias a su humanidad. Sus palabras de aliento y su presencia han sido un bálsamo en los momentos de mayor tensión y estrés. Tampoco puedo olvidarme de mi formadora Marta, cuyo enfoque y perspectiva vanguardista de la humanización de la profesión fueron, son y serán inspiración.

Todos han sido el soporte perfecto que yo necesitaba en todo momento. Han sido luz y guía. Desde luego, no sólo me llevo una formación ejemplar y completa de este ciclo formativo, sino que en lo más profundo de mí incorporo ya a una pequeña familia.

No puedo dejar de expresar mi profunda gratitud hacia mis padres. Sin su sacrificio, dedicación y generosidad, no estaría aquí. Han invertido todos los recursos a su alcance para

brindarme la oportunidad de formarme como profesional y como individuo. Su esfuerzo incondicional ha sido mi mayor soplo e impulso. Y no puedo olvidarme de mi hermano, Javier. El siempre ha sido un apoyo inquebrantable. Su sostén constante y su presencia fueron mi roca en los momentos de mayor incertidumbre y desaliento.

A mis amigas y amigos, les debo un agradecimiento eterno. Su presencia y su ánimo constante han sido mi luz en los días más oscuros, que no fueron pocos. Sin ellos, este viaje habría sido imposible. Siempre he encontrado en ellas y ellos un espacio seguro donde desahogarme y reírme. Es por ello y mil cosas más que no tengo palabras suficientes de agradecimiento para todos los momentos inolvidables que me habéis dedicado.

Por último, quiero expresar mi reconocimiento a mis compañeras y compañeros, alumnas y alumnos que han contribuido a la realización de esta tesis. Sus ideas, debates y colaboraciones han enriquecido enormemente mi trabajo. Esta investigación no habría sido posible sin su participación activa y su valiosa contribución.

ABREVIATURAS

Abreviaturas

ANOVA	Análisis de la varianza
BFDS	Escala de miedo a la muerte de Collett-Lester
CDS	Escala de afrontamiento a la muerte de Bugen
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión
DSM-5	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta versión
DSM-IV-TR	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta versión revisada
EEES	Espacio Europeo de Educación Superior
ESSAF	Escala de satisfacción de simulación clínica de alta fidelidad
GC	Grupo control
GI	Grupo intervención
IE	Inteligencia emocional
MBI	Maslach Burnout Inventory
MBI-SS	Maslach Burnout Inventory: Student Survey
MMO	Miedo a la muerte de otros
MPM	Miedo a la propia muerte
MPMO	Miedo al proceso de muerte de otros
MPPM	Miedo al propio proceso de muerte
NTP	Notas técnicas de prevención del Ministerio de Trabajo del Gobierno de España
PEC-TC	Tomografía por emisión de positrones
RCP	Reanimación cardiopulmonar
RDHC	Rúbrica de desempeño de habilidades comunicativas
SB	Síndrome de burnout
SBLE	Experiencias de aprendizaje basadas en simulación
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SPSS	Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales
T0	Tiempo pre intervención
T1	Tiempo post intervención
TMMS-24	Trait Meta-Mood Sacale de 24 ítems
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

RESUMEN

ABSTRACT

Resumen

- Introducción:** Las experiencias de aprendizaje basadas en simulación proporcionan un entorno seguro para abordar el miedo y la capacidad de afrontamiento ante la muerte en el campo de la enfermería. Estas simulaciones permiten a los estudiantes enfrentar situaciones que implican pacientes terminales, ayudándoles a desarrollar habilidades emocionales cruciales para gestionar la ansiedad y el malestar asociados. La falta de preparación en este aspecto puede contribuir al agotamiento entre los profesionales, subrayando la importancia de incorporar la educación sobre el bienestar emocional y psicológico durante la formación universitaria. Un enfoque integral que incluya el manejo del miedo a la muerte y el desarrollo de habilidades de afrontamiento fortalecerá tanto a los estudiantes como a los profesionales en su capacidad para brindar una atención de calidad.
- Objetivos:** Implementar y evaluar una metodología de simulación clínica para desarrollar competencias en estudiantado de enfermería frente al proceso de muerte, con el propósito de mejorar habilidades comunicativas, capacidades de afrontamiento a la muerte y reducir el burnout.
- Metodología:** Se realizó un estudio cuasiexperimental pre post mediante una intervención basada en simulación para 240 estudiantes de segundo curso de Enfermería en la Universidad de Extremadura entre 2022 y 2024. Se midieron las siguientes variables pre intervención: cuestionario sociodemográfico, BFDS para medir el nivel de miedo a la muerte, TMMS-24 para los niveles de inteligencia emocional, MBI-SS para los niveles de burnout, y CDS para la capacidad de afrontamiento a la muerte. Post intervención se midió para el grupo control: MBI-SS y CDS. Y el grupo de intervención: MBI-SS, CDS, RDHC para la medición de las habilidades comunicativas, y ESSAF para la satisfacción en simulación clínica.
- Resultados:** En primer lugar, observamos una muestra con un nivel general de miedo a la muerte moderado, y de inteligencia emocional adecuadamente atenta, clara y regulada entre ambos grupos. En cuanto al análisis pre y post intervención, encontramos que los entornos de aprendizaje basados en simulación reducen de manera significativa los niveles de agotamiento y cinismo estudiantil, y aumentan la realización personal referentes al burnout. La educación

tradicional, no obtuvo mejoras significativas en ninguna de las subescalas. Referente a la capacidad de afrontamiento, ambos grupos demostraron tener una mejora significativa aunque el análisis de crecimiento intergrupos subraya que el grupo intervención obtiene una mejor capacitación que el grupo control. Relativo al desarrollo de habilidades comunicativas, se destacó un alto nivel de adquisición de esta competencia contrastado con análisis correlacional entre la evaluación de los instructores y la autopercebida por el propio alumnado durante la simulación del grupo de intervención. El nivel medio general de la satisfacción con la simulación la clínica fue de $4,33 \pm 0,56$.

Conclusiones:

La implementación y evaluación del aprendizaje basado en simulación fortalece las habilidades de afrontamiento de estudiantes frente a situaciones de fin de vida, reduciendo el burnout y promoviendo el crecimiento profesional en el ámbito de la salud en cuanto a la comunicación, lo que contribuye a una atención más humanizada y competente para los pacientes.

Palabras clave:

Enfermería, Salud Mental, Enseñanza Mediante Simulación de Alta Fidelidad, Actitud Frente a la Muerte, Inteligencia Emocional, Burnout, Capacitación Profesional, Comunicación, Humanización de la Atención.

Abstract

- Introduction:** Simulation-based learning experiences provide a secure environment to address fear and coping abilities regarding death in the nursing field. These simulations enable students to confront scenarios involving terminally ill patients, assisting them in developing crucial emotional skills to manage associated anxiety and distress. The lack of preparation in this regard can contribute to professional burnout, underscoring the importance of integrating education on emotional and psychological well-being during university training. A comprehensive approach that encompasses addressing the fear of death and fostering coping skills will strengthen both students and professionals in their capacity to deliver quality care.
- Aim:** To implement and to evaluate a clinical simulation methodology to develop competencies in nursing students regarding the dying process, aiming to enhance communication skills, death coping abilities, and mitigate burnout.
- Methodology:** A quasi-experimental pre-post study was conducted utilizing a simulation-based intervention involving 240 second-year Nursing students at the University of Extremadura between 2022 and 2024. The following variables were measured pre-intervention: a sociodemographic questionnaire, BFDS to assess the level of death fear, TMMS-24 for levels of emotional intelligence, MBI-SS for burnout levels, and CDS for death coping ability. Post-intervention, the control group was assessed using MBI-SS and CDS, while the intervention group was assessed using MBI-SS, CDS, RDHC for communication skills measurement, and ESSAF for satisfaction in clinical simulation.
- Results:** Firstly, we observed a sample with a moderate overall level of death fear and appropriately attentive, clear, and regulated emotional intelligence across both groups. Regarding pre- and post-intervention analysis, we found that simulation-based learning environments significantly reduce levels of student burnout and cynicism while enhancing personal accomplishment related to burnout. Traditional education did not yield significant improvements in any of the subscales. Regarding coping ability, both groups demonstrated significant improvement, although intergroup growth analysis underscores that the intervention group receives better training than the control group.
-

Concerning the development of communication skills, a high level of acquisition of this competence was highlighted, contrasted with a correlational analysis between instructor evaluation and self-perceived by the students during the intervention group simulation. The overall average level of satisfaction with clinical simulation was 4.33 ± 0.56 .

Conclusions:

The implementation and evaluation of simulation-based learning strengthen students' coping skills in end-of-life situations, reducing burnout, and promoting professional growth in the healthcare field, particularly in communication. This contributes to more humane and competent care for patients.

Keywords:

Nursing, Mental Health, High Fidelity Simulation Training, Attitude to Death, Emotional Intelligence, Burnout, Professional Training, Communication, Humanization of Assistance

ÍNDICE

Índice

Índice de tablas.....	19
Índice de figuras.....	20
Sección 1: Introducción	22
1.1. Muerte, miedo a la muerte y su capacidad de afrontamiento	23
1.1.1. Evolución del concepto de muerte.....	23
1.1.2. Miedo a la muerte	26
1.1.3. Actitudes hacia la muerte.....	27
1.1.4. Capacidad de afrontamiento a la muerte.....	30
1.2. Inteligencia emocional.....	32
1.2.1. Desarrollo del concepto	32
1.2.2. Aplicación en diferentes ámbitos.....	36
1.3. Síndrome del agotamiento o burnout.....	37
1.3.1. Definición y prevalencia.....	37
1.3.2. Factores y causas	38
1.3.3. Manifestaciones clínicas.....	40
1.3.4. Grupos de riesgo y sectores afectados	41
1.3.5. Intervención y prevención del burnout	43
1.4. Comunicación en Enfermería	45
1.4.1. Definición e importancia	45
1.4.2. Elementos de la comunicación	47
1.4.3. Ética de la comunicación	49
1.5. Simulación clínica	51

1.5.1. Adquisición de competencias específicas a través de experiencias de aprendizaje basadas en simulación	56
Sección 2: Justificación del estudio	60
Sección 3: Objetivos e hipótesis	64
3.1. Objetivo principal.....	65
3.2. Objetivos específicos.....	65
3.3. Hipótesis	66
Sección 4: Metodología	67
4.1. Diseño y ámbito de estudio	68
4.2. Población y muestra de estudio	68
4.3. Criterios de selección.....	68
4.3.1. Criterios de inclusión	68
4.3.2. Criterios de exclusión	69
4.4. Instrumentos	69
4.4.1. Cuestionario sociodemográfico	72
4.4.2. Escala de miedo a la muerte de Collett-Lester	72
4.4.3. Trait Meta-Mood Scale.....	74
4.4.4. Maslach Burnout Inventory: Student Survey.....	75
4.4.5. Escala de afrontamiento a la muerte de Bugen.....	77
4.4.6. Rúbrica de desempeño de habilidades de comunicación.....	78
4.4.7. Escala de Satisfacción de la Simulación clínica de Alta Fidelidad	79
4.5. Procedimiento.....	80
4.5.1. Grupo de intervención: experiencia de aprendizaje basada en simulación	82

4.5.1.1.	Prebriefing: Preparación para la simulación.....	82
4.5.1.1.1.	Evolución social del proceso de morir.	83
4.5.1.1.2.	Atención al enfermo terminal.....	83
4.5.1.1.3.	Información y comunicación con el enfermo terminal y su familia	84
4.5.1.1.4.	Burnout.....	84
4.5.1.1.5.	Counselling.....	85
4.5.1.2.	Briefing: Ejercicios de simulación	86
4.5.1.3.	Debriefing: Fase post-simulación.....	89
4.5.2.	Grupo control: Clase tradicional.....	90
4.6.	Aspectos éticos	91
4.7.	Análisis Estadístico.....	91
Sección 5: Resultados		93
5.1.	Características sociodemográficas.....	94
5.2.	Estudio observacional de la muestra en relación al miedo a la muerte y al nivel de inteligencia emocional.....	101
5.2.1.	Miedo a la muerte	101
5.2.1.1.	Miedo a la propia muerte.....	102
5.2.1.2.	Miedo al propio proceso de muerte	104
5.2.1.3.	Miedo a la muerte de otros	106
5.2.1.4.	Miedo al proceso de muerte de otros.....	108
5.2.2.	Inteligencia emocional.....	110
5.2.2.1.	Atención emocional.....	111
5.2.2.2.	Claridad emocional.....	112
5.2.2.3.	Reparación emocional	114

5.2.3.	Relación entre el miedo a la muerte y la inteligencia emocional	116
5.3.	Estudio pre y post intervención en relación a los niveles de burnout y capacidad de afrontamiento de la muestra.....	119
5.3.1.	Burnout	119
5.3.2.	Afrontamiento a la muerte	122
5.4.	Estudio post intervención tras la participación en experiencias de aprendizaje basadas en simulación.....	124
5.4.1.	Competencias en comunicación.....	124
5.4.2.	Satisfacción con la simulación clínica.....	126
5.4.3.	Relación entre las competencias comunicativas autopercebidas y las evaluadas durante la etapa del briefing	129
5.4.4.	Relación entre las competencias autopercebidas y las evaluadas durante la etapa del debriefing.....	131
Sección 6: Discusión.....		133
6.1.	Relación entre el miedo a la muerte y el nivel de inteligencia emocional	134
6.1.1.	Miedo a la muerte	134
6.1.2.	Inteligencia emocional.....	136
6.1.3.	Asociación entre el miedo a la muerte y el nivel de inteligencia emocional... ..	139
6.2.	Eficacia de las experiencias de aprendizaje basadas en simulación en relación a los niveles de burnout y capacidad de afrontamiento de la muestra	140
6.2.1.	Aplicabilidad de las experiencias de aprendizaje basadas en simulación en relación a los niveles de burnout estudiantil	140
6.2.2.	Aplicabilidad de las experiencias de aprendizaje basadas en simulación en relación con el afrontamiento a la muerte	142

6.3. Mejora de las competencias comunicativas y satisfacción estudiantil tras la participación en experiencias de aprendizaje basadas en simulación.....	145
6.3.1. Desarrollo de competencias comunicativas a través de las experiencias de aprendizaje basadas en simulación.....	145
6.3.2. Niveles de satisfacción con la simulación clínica del estudiantado participante en las experiencias de aprendizaje basadas en simulación.....	147
Sección 7: Conclusiones / Section 7: Conclusions	150
Sección 8: Limitaciones del estudio.....	153
Sección 9: Propuesta de aplicabilidad y líneas futuras de investigación	155
Sección 10: Difusión de resultados.....	158
Sección 11: Bibliografía.....	161
Sección 12: Anexos.....	199
12.1. Dictamen favorable de la Comisión de Bioética y Bioseguridad de la Universidad de Extremadura.....	200
12.2. Documento de información para los participantes y consentimiento informado	201
12.3. Encuesta sociodemográfica	203
12.4. Escala de miedo a la muerte de Collett-Lester	206
12.5. Escala de inteligencia emocional Trait-Meta Mood Scale de 24 ítems.....	208
12.6. Maslach Bournout Inventory - Student Survey	209
12.7. Escala de afrontamiento de la muerte de Bugen.....	210
12.8. Escala de satisfacción de la simulación clínica de alta fidelidad	212
12.9. Rúbrica de desempeño de habilidades de comunicación.....	214

Índice de tablas.

Tabla 1. Definición de variables e instrumentos de medida.	69
Tabla 2. Datos normativos para la corrección de las puntuaciones de las escalas de burnout. ...	77
Tabla 3. Datos sociodemográficos referentes a la residencia de los estudiantes durante el curso en el que realizaron la intervención.	95
Tabla 4. Datos sociodemográficos referentes a la residencia de los estudiantes durante el curso en el que realizaron el control.	96
Tabla 5. Datos sociodemográficos referentes a la vía de acceso de los estudiantes al grado de Enfermería en el grupo de intervención.	97
Tabla 6. Datos sociodemográficos referentes a la vía de acceso de los estudiantes al grado de Enfermería en el grupo control.	97
Tabla 7. Datos promedio del miedo a la muerte.	102
Tabla 8. Datos promedio de la IE.	110
Tabla 9. Correlaciones entre las dimensiones del miedo a la muerte y las dimensiones de la IE.	117
Tabla 10. Descriptivos y pruebas t de muestras apareadas de las dimensiones MBI-SS en T0 y T1 categorizada por grupos.	119
Tabla 11. Descriptivos y pruebas t de muestras apareadas del CDS pre y post intervenciones categorizada por grupos.	122
Tabla 12. Descriptivo de los ítems que componen la ESSAF.	127

Índice de figuras.

Figura 1. Modelo de IE de Salovey y Mayer.	35
Figura 2. Pirámide de Miller.	55
Figura 3. Diagrama de flujo sobre el procedimiento del estudio.	82
Figura 4. Media de edad de hombres y mujeres divididos por grupos.	94
Figura 5. Grado de interés de los estudiantes al inicio y momento actual con respecto al Grado de Enfermería en los grupos control y de intervención.	99
Figura 6. Grado de interés de los estudiantes en la formación complementaria para la adquisición de competencias que se impartía durante la realización de este proyecto.	100
Figura 7. Diagrama de cajas del MPM categorizado por grupos.	103
Figura 8. Diagrama de barras de las categorías del MPM por grupos.	104
Figura 9. Diagrama de cajas del MPPM categorizado por grupos.	105
Figura 10. Diagrama de barras de las categorías del MPPM por grupos.	106
Figura 11. Diagrama de cajas del MMO categorizado por grupos.	107
Figura 12. Diagrama de barras de las categorías del MMO por grupos.	108
Figura 13. Diagrama de cajas del MPMO categorizado por grupos.	109
Figura 14. Diagrama de barras de las categorías del MPMO por grupos.	110
Figura 15. Diagrama de cajas de la atención emocional categorizadas por grupos.	111
Figura 16. Diagrama de barras de las categorías de la atención emocional por grupos.	112
Figura 17. Diagrama de cajas de la claridad emocional categorizadas por grupos.	113
Figura 18. Diagrama de barras de las categorías de la claridad emocional por grupos.	114
Figura 19. Diagrama de cajas de la reparación emocional categorizadas por grupos.	115
Figura 20. Diagrama de barras de las categorías de la reparación emocional por grupos.	116
Figura 21. Dispersión matricial de las dimensiones del miedo a la muerte y la atención emocional.	118

Figura 22. Gráfico de perfiles de la dimensión agotamiento en T0 y T1 de ambos grupos.	121
Figura 23. Gráfico de perfiles de la dimensión cinismo en T0 y T1 de ambos grupos.	121
Figura 24. Gráfico de perfiles de la dimensión realización personal en T0 y T1 de ambos grupos.	122
Figura 25. Gráfico de perfiles del CDS en T0 y T1 de ambos grupos.....	124
Figura 26. Diagrama de cajas del rendimiento de la simulación (briefing).....	125
Figura 27. Diagrama de cajas de la evaluación del debriefing.	126
Figura 28. Histograma de de la satisfacción general de la simulación clínica de alta fidelidad.	129
Figura 29. Gráfico de dispersión de la comunicación autopercebida por el alumnado y el rendimiento en simulación evaluado por el instructor.....	130
Figura 30. Gráfico de dispersión de la fase de debriefing autopercebida por el alumnado y el rendimiento en simulación evaluado por el instructor.....	132

Sección 1

INTRODUCCIÓN

1. Introducción

Como marco teórico de este trabajo, se procederá a la definición de los conceptos de miedo a la muerte y su capacidad de afrontamiento, inteligencia emocional (IE), burnout, comunicación en enfermería y la metodología pedagógica de simulación clínica.

1.1. Muerte, miedo a la muerte y su capacidad de afrontamiento

1.1.1. Evolución del concepto de muerte

La muerte, como un acontecimiento natural e inherente al ciclo vital, ha sido objeto de reflexión a lo largo de la historia en cuanto a sus implicaciones individuales y sociales. Hasta mediados del siglo XX, era común que el tránsito hacia la muerte ocurriera en el seno de la unidad familiar, lo que facilitaba su integración como una faceta intrínseca al proceso de existencia. Se valoraba particularmente como una "buena muerte" aquella en la cual el individuo moribundo era consciente de su propia transición hacia el deceso, en un contexto que involucraba la presencia de sus seres queridos, convirtiéndose en un acto solemne y público de reconocimiento al agonizante (Sancho, 2005).

Desde los inicios de la sociedad occidental, el fallecimiento se consideraba un elemento intrínseco al ciclo natural de la existencia. No obstante, en la sociedad actual, la perspectiva sobre la muerte ha evolucionado, presentándola como una disfunción o un desafío pendiente de resolución que los avances científicos y las nuevas tecnologías buscan abordar. Las normas y valores sociales contemporáneos promueven la reticencia y la evasión, generando dificultades al trabajar el tema de la muerte. En la actualidad, no solo se experimenta temor ante el fallecimiento, sino que además se tiende a negar y olvidar su inevitabilidad (Nia et al., 2016).

Philippe Ariès aborda las transformaciones en el concepto de la muerte a lo largo de la historia de Occidente (Philippe, 2000):

- Antes de la Edad Media, la muerte era previsible, y la muerte súbita se consideraba la peor forma de morir. La ceremonia era pública y organizada, con el moribundo controlando el protocolo. Esta se aceptaba como parte natural de la vida, sin dramatismo ni impacto emocional excesivo.
- Durante la Baja Edad Media, surgieron cambios sutiles que agregaron un sentido dramático y personal a la relación entre el individuo y la muerte. Se introdujo la idea del juicio final y la preocupación por la singularidad de cada persona. La muerte se convirtió en un momento de reflexión sobre la propia existencia.
- A partir del siglo XVIII, la sociedad occidental dio a la muerte un carácter más impresionante y dramático. Se centró menos en la propia muerte y más en la muerte de los demás, marcando la era romántica de la muerte. Los rituales fúnebres se volvieron más emotivos y exagerados.
- Desde la segunda mitad del siglo XIX, se produjo una revolución en las actitudes hacia la muerte. Esta se volvió vergonzante y objeto de tabú. Se empezó a ocultar la gravedad de la enfermedad al moribundo, y la verdad sobre la muerte se convirtió en un problema. Los rituales de la muerte se vaciaron de su carga dramática, y la muerte se alejó del entorno familiar, ocurriendo cada vez más en hospitales.

La negación de nuestra propia mortalidad surge debido al temor que provoca la perspectiva de la muerte. Enfrentarnos a la realidad de nuestra existencia efímera nos sumerge en una angustia profunda al reconocer que nuestra presencia en este mundo es temporal y que, una vez partidos, lo hacemos de manera irreversible (Martínez-Heredia et al., 2023). Siguiendo la teoría de Becker, la mayoría de las personas abordan este dilema mediante el autoengaño, un

impulso humano fundamental que da origen a sistemas de inmortalidad, es decir, estructuras de creencias irracionales que nos brindan la ilusión de ser inmortales (E. Becker & Sánchez, 2003).

Estos sistemas de inmortalidad adoptan diversas formas, desde concepciones orientales que sugieren una vida como parte de la energía cósmica hasta creencias occidentales. Aceptamos estas creencias como parte de nuestra condición civilizada (Klein, 1948). De hecho, todas las culturas han desarrollado sistemas compartidos de inmortalidad, los cuales desempeñan un papel fundamental en la función de una sociedad. La negación de la muerte, en este sentido, se convierte en una estrategia de supervivencia, siendo más fácil tolerar el autoengaño cuando se comparte dentro de la propia cultura (E. Becker & Sánchez, 2003).

A medida que la sociedad ha experimentado transformaciones, las actitudes hacia la muerte han evolucionado notablemente en la contemporaneidad. La medicalización de la muerte, en particular, ha dado lugar a una disociación más pronunciada entre la vida y la muerte, estableciendo una esfera más privada y medicalizada en el proceso de morir. La atención médica ha adquirido una preponderancia marcada en las etapas finales de la vida, lo que a menudo ha resultado en la separación de los pacientes de la presencia de sus seres queridos y en la reducción de la comprensión de su propio proceso de morir (Gala León et al., 2002).

Esta transformación en las actitudes hacia la muerte ha influido sustancialmente en la experiencia de afrontarla. Los pacientes con frecuencia se encuentran en entornos clínicos, rodeados de equipamiento médico y personal de salud, lo que puede dar lugar a una sensación de desconexión con la naturaleza intrínseca del proceso de morir. La participación de los seres queridos y la comprensión del proceso de morir se han vuelto retos en este entorno. Aunque la atención médica es fundamental, en ocasiones puede limitar la intimidad y el apoyo emocional, factores esenciales en esta fase de la vida (Llano Escobar, 1990; Sancho, 2005).

Este cambio ha planteado cuestiones éticas y sociales en torno a la muerte y la forma en que la sociedad enfrenta el final de la vida. El reconocimiento de la muerte como un proceso

integral de la existencia y la importancia de la comprensión así como el apoyo emocional en el proceso de morir son temas relevantes en la actualidad. Las decisiones sobre el tratamiento en el final de la vida (Cruz et al., 2022) y la calidad de la atención sociosanitaria y paliativa son cuestiones que siguen debatiéndose en la sociedad (Ogando & García, 2007).

Recientemente, las posturas referentes al derecho de autodeterminación de la vida han evolucionado. La eutanasia plantea una intersección compleja entre la ética asistencial, la autonomía del paciente y los conceptos filosóficos de la muerte y el sufrimiento (Pesut et al., 2020). Desde una perspectiva ética, la eutanasia suscita debates sobre la legitimidad de intervenir en el proceso natural de la muerte para aliviar el sufrimiento terminal (Lustig, 2004). La autonomía del paciente emerge como un principio central en estas discusiones, ya que se argumenta que los individuos tienen derecho a determinar el curso de su propia muerte cuando enfrentan condiciones de vida intolerables (Rodríguez-Prat et al., 2016). Sin embargo, estas consideraciones éticas deben equilibrarse con las preocupaciones sobre el valor intrínseco de la vida humana y la preservación de la integridad asistencial (Boichenko & Fialko, 2023). En este sentido, la eutanasia plantea desafíos fundamentales para la ética profesional contemporánea al interpelar la relación entre el deber de aliviar el sufrimiento y el respeto por la sacralidad de la vida (Fontalis et al., 2018).

1.1.2. Miedo a la muerte

El miedo o temor a la muerte constituye un concepto intrínseco al proceso de morir, abarcando tanto el miedo a la propia muerte como a las eventualidades que se plantean después de la misma. Este fenómeno se caracteriza por ser una respuesta emocional ante la percepción de señales de riesgo o amenaza, ya sean reales o imaginarias, que atentan contra la propia existencia. Estas señales de alarma pueden originarse en respuesta a estímulos ambientales o situacionales,

así como a estímulos internos de carácter individual, los cuales se hallan vinculados tanto con la contemplación de la propia muerte como con la de otros (Uribe-Rodríguez et al., 2008).

El miedo a la muerte se manifiesta como una reacción psicológica y emocional que puede variar significativamente entre individuos, y su intensidad y naturaleza pueden estar influenciadas por factores culturales, religiosos y personales. La exploración de este temor es un área de interés en la psicología y la filosofía, que busca comprender cómo las personas enfrentan y gestionan este miedo, y cómo influye en sus decisiones y actitudes hacia la vida y la muerte (Gala León et al., 2002).

Según la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), una fobia puede definirse como un temor intenso hacia un objeto o situación específica. En este sentido, el miedo a la muerte se cataloga como fobia específica cuando se manifiesta de manera persistente, extendiéndose por un periodo igual o superior a seis meses, y produce un impacto adverso sustancial en la rutina diaria y en las relaciones interpersonales del individuo afectado. En este escenario, el temor a la muerte se presenta como un fenómeno intrusivo que impregna de manera significativa diversos aspectos de la vida cotidiana (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.3. Actitudes hacia la muerte

La "actitud hacia la muerte" es un concepto complejo y multidimensional que ha sido abordado por diversos filósofos, psicólogos y teóricos a lo largo del tiempo. La actitud hacia la muerte se refiere a las creencias, emociones y comportamientos de una persona en relación con la idea de la muerte y la propia mortalidad (Cáceres Rivera et al., 2019).

En la filosofía existencialista de Jean-Paul Sartre, en su obra "El ser y la nada" (1943), la conciencia de la propia muerte juega un papel central al provocar la angustia existencial y

enfaticar la responsabilidad individual. Sartre sostiene que la conciencia de la mortalidad no paraliza, sino que impulsa a la acción y a la asunción de responsabilidad. En su perspectiva, la existencia precede a la esencia, lo que significa que los individuos tienen la libertad de forjar su propio significado en la vida. La conciencia de la muerte, lejos de ser un pensamiento pasivo, se convierte en un llamado a vivir auténticamente, tomando decisiones conscientes y asumiendo las consecuencias de esas elecciones (Sartre, 1943). En resumen, la muerte, para Sartre, no solo destaca la fragilidad de la vida, sino que también confiere un significado profundo a la libertad y la responsabilidad individuales (Vallejo et al., 2021).

En "Dinámica de la fe" (1957), Paul Tillich explora la relación entre la fe y la muerte, argumentando que la verdadera fe implica aceptar la finitud y realidad de la muerte. Para Tillich, la auténtica confianza no niega la mortalidad, sino que la abraza como parte intrínseca de la existencia humana. Afirmar la fe, según Tillich, implica confrontar valientemente la realidad de la muerte, integrándola en la cosmovisión espiritual y reconociendo que la finitud puede ser la base para una fe más profunda y significativa. La aceptación de la muerte, en su perspectiva, no conduce a la desesperación, sino que invita a una comprensión más rica de la vida y la esperanza trascendental (Tillich, 1957).

En su influyente obra "Sobre la muerte y los moribundos" (1969), la psiquiatra suizo-americana Elisabeth Kübler-Ross introduce un marco conceptual que ha transformado la comprensión contemporánea del proceso de duelo. En lugar de percibir la experiencia de la pérdida como un fenómeno estático, Kübler-Ross propone un modelo dinámico de cinco etapas que encapsulan las diversas emociones y respuestas psicológicas que las personas atraviesan durante el proceso de enfrentar la muerte, ya sea propia o de un ser querido. Estas etapas, que son la negación, la ira, la negociación, la depresión y la aceptación, representan una secuencia no lineal y pueden experimentarse de manera diferente por cada individuo. Importante destacar que, según Kübler-Ross, este modelo no se limita únicamente a la muerte del individuo, sino que se

extiende a aquellos que están enfrentando la inevitabilidad de la muerte. Así, las etapas del duelo ofrecen una estructura conceptual valiosa para comprender y acompañar a las personas en momentos de pérdida y transición, permitiendo una mayor comprensión de las complejidades emocionales asociadas con la muerte (Kübler-Ross, 1969).

En su influyente obra "La negación de la muerte" (1973), el psicólogo y antropólogo cultural Ernest Becker profundiza en la complejidad de la psique humana al explorar la relación entre la conciencia de la mortalidad y la formación de la identidad. Becker sostiene que la noción de la muerte, omnipresente pero temida, actúa como fuerza motivadora en la vida de las personas. Argumenta que la conciencia de la finitud de la existencia impulsa a los individuos a desarrollar mecanismos de negación, ya que enfrentar directamente la idea de la propia muerte puede resultar abrumador. En este contexto, Becker postula que la cultura y la religión juegan un papel importante al proporcionar sistemas simbólicos que permiten a las personas lidiar con el miedo a la muerte. Estos sistemas ofrecen un marco de significado y trascendencia que ayuda a mitigar la angustia existencial, permitiendo a los individuos construir una narrativa coherente y significativa sobre sus vidas. En esencia, Becker sugiere que la negación de la muerte y la creación de sistemas simbólicos son respuestas adaptativas que permiten a los seres humanos enfrentar la inevitable realidad de su propia mortalidad (E. Becker, 1973).

Considerando todo lo anterior, la reflexión sobre la actitud ante la muerte revela su complejidad al carecer de un concepto único y cerrado, siendo abordada por diversos autores a lo largo de la historia; tal y como se puede leer en los párrafos anteriores. Esta falta de uniformidad destaca la naturaleza escurridiza del tema, influenciada por factores culturales, religiosos y personales. La diversidad de perspectivas resalta la dificultad de llegar a una definición universal, subrayando la riqueza y complejidad inherentes a la comprensión humana de la muerte.

1.1.4. Capacidad de afrontamiento a la muerte

El afrontamiento en sí se describe como un dinámico proceso cognitivo y conductual en constante evolución. Este proceso se desarrolla con el propósito de gestionar las demandas que provienen tanto del entorno exterior como del interior del individuo. Estas demandas son consideradas abrumadoras en relación a los recursos disponibles del sujeto. En esencia, el afrontamiento constituye un conjunto de estrategias adaptativas que requieren un esfuerzo consciente y, a diferencia de las acciones cotidianas, no abarcan todas las actividades que realizamos en nuestro entorno.

El proceso de afrontamiento implica la activación de recursos internos y externos para enfrentar situaciones estresantes. Puede manifestarse de diversas formas, desde estrategias de afrontamiento centradas en la emoción hasta aquellas orientadas a la resolución de problemas, dependiendo de la naturaleza de la demanda y de la percepción del individuo sobre su capacidad para hacer frente a la situación. Cada individuo desarrolla su repertorio único de estrategias de afrontamiento a lo largo de su vida, lo que refleja la complejidad y la adaptabilidad de este proceso (Lazarus & Folkman, 1986).

Los factores internos, relacionados con la personalidad individual, juegan un papel significativo en la selección de estrategias de afrontamiento, como se evidencia en la evaluación del miedo a la muerte. En la evaluación inicial, se busca analizar la percepción del evento y sus consecuencias, así como la capacidad personal para hacerle frente. Elementos internos, como la búsqueda de sensaciones, señalan una mayor tolerancia al riesgo, mientras que la sensación de control se revela como necesaria, siendo su pérdida un factor contribuyente a trastornos emocionales. De manera similar, el optimismo se vincula con estrategias centradas en el problema y la búsqueda de apoyo social. En paralelo, los factores externos, como recursos tangibles (educación, dinero, nivel de vida), apoyo social y la presencia de estresores simultáneos,

desempeñan un papel esencial en el afrontamiento. Estos elementos pueden afectar directamente las capacidades de afrontamiento ante estresores o actuar como amortiguadores, especialmente en situaciones de alta intensidad (Vázquez et al., 2000).

La investigación sobre estrategias de afrontamiento identifica tres áreas clave. En primer lugar, el afrontamiento cognitivo, que se centra en la evaluación y el intento de otorgar significado a un evento para hacerlo menos desagradable. Luego, el afrontamiento afectivo, que implica la reparación de los aspectos emocionales con el objetivo de mantener un equilibrio afectivo, es decir, reducir el impacto emocional de situaciones específicas. Finalmente, el afrontamiento conductual, que se refiere a la conducta dirigida a enfrentar la realidad y gestionar sus consecuencias, ya sea abordando la situación de manera directa o eligiendo no reaccionar en absoluto. Estos dominios ofrecen enfoques complementarios para abordar situaciones estresantes o desafiantes, proporcionando un marco integral para entender cómo las personas enfrentan y manejan diversos eventos en sus vidas (Krzemien et al., 2004). En conjunto, estos dominios ofrecen un marco integral para comprender cómo las personas enfrentan los desafíos de la vida, destacando la interacción compleja entre procesos cognitivos, emocionales y comportamentales en la adaptación y la resiliencia humanas (O'Connor, 2019).

En el concepto de muerte, el afrontamiento es un fenómeno intrínseco a la condición humana que desencadena una serie de reacciones emocionales, siendo el miedo y la ansiedad las respuestas más prevalentes y preeminentes en aquellos individuos que se enfrentan de manera consciente a este inexorable proceso (Duarte & Montero, 2019).

Es importante destacar que la forma en que enfrentamos la muerte refleja nuestras creencias culturales, religiosas y personales, y sigue siendo un tema complejo y en constante evolución en la sociedad contemporánea. La percepción de la muerte como un acto solemne y público ha dado paso a una perspectiva más individualizada y a menudo más medicalizada de la

muerte, lo que plantea desafíos éticos y sociales en la atención al final de la vida (Maritza Espinoza & Olivia Sanhueza, 2012).

1.2. Inteligencia emocional

1.2.1. Desarrollo del concepto

Todo el desarrollo que ha experimentado el concepto de IE comenzó en 1990, cuando Peter Salovey y John Mayer publicaron un artículo titulado "Emotional Intelligence" en la revista "Imagination, Cognition, and Personality". Este artículo marcó un hito en el desarrollo del concepto de IE, proporcionando una definición clara y estableciendo las bases para la investigación futura en este campo. Estos autores definieron la IE como la habilidad para monitorizar las propias emociones y las de los demás, discriminar entre ellas y utilizar esta información para guiar el pensamiento y la acción (Salovey & Mayer, 1990).

La IE es un concepto que fue popularizado por el psicólogo Daniel Goleman con la publicación de su obra en el año 1995 con ese mismo título. Se refiere a la capacidad de reconocer, comprender, gestionar y utilizar eficazmente las emociones propias y las de los demás. Este concepto destaca la importancia de las habilidades emocionales en el desarrollo personal y profesional, sugiriendo que no solo la inteligencia cognitiva, sino también la IE, desempeñan un papel importante en el éxito y el bienestar de una persona (Goleman, 1995).

Los cinco componentes principales de la IE según Goleman son:

- La autoconciencia implica una profunda conexión con nuestras propias emociones. Esto no solo implica identificar si estamos felices, tristes o enojados, sino también comprender las complejidades subyacentes de esas emociones. A través de la autoconciencia, somos capaces de reconocer patrones emocionales recurrentes y comprender cómo nuestras emociones afectan nuestro pensamiento y toma de decisiones. La práctica regular de la

autoevaluación y la reflexión consciente son herramientas clave para desarrollar esta capacidad (Goleman et al., 2019).

- La autorreparación va más allá de simplemente controlar reacciones impulsivas. Implica la capacidad de manejar el estrés, regular la intensidad de las emociones y adaptarse a situaciones cambiantes de manera calmada y equilibrada. Desarrollar esta habilidad implica la práctica de técnicas como la respiración profunda, la visualización y la gestión efectiva del tiempo. La autorreparación también implica aprender de las experiencias pasadas y utilizar ese conocimiento para tomar decisiones más informadas en el futuro (Salvador, 2022).
- La motivación dentro del marco de la IE se basa en la búsqueda de metas personales y significativas. Aquí, el impulso interno y la pasión desempeñan un papel intrínsecamente necesario. Cultivar la motivación implica establecer metas realistas y que supongan un reto, mantener la perseverancia frente a obstáculos y encontrar satisfacción en el proceso de crecimiento personal (Christie et al., 2007). La autodeterminación y la resiliencia son aspectos clave de esta dimensión, permitiendo superar contratiempos y mantener una actitud positiva a largo plazo (Magnano et al., 2016).
- La empatía no es solo la capacidad de reconocer las emociones de los demás, sino de comprender profundamente su experiencia emocional. Implica ponerse en el lugar del otro, mostrar interés genuino en sus preocupaciones y responder de manera compasiva. Desarrollar la empatía requiere escucha activa, observación atenta de las señales no verbales y el cultivo de la curiosidad sobre las perspectivas de los demás. Esta habilidad contribuye no solo a relaciones más fuertes, sino también a un entendimiento más profundo de la diversidad de experiencias humanas (Porrás Carmona et al., 2020).
- Las habilidades sociales abarcan una amplia gama de competencias que facilitan la interacción efectiva con los demás. Esto incluye la comunicación clara y efectiva, la

resolución constructiva de conflictos y la colaboración exitosa en equipos. Desarrollar habilidades sociales implica practicar la empatía, adaptarse a diferentes contextos sociales y comprender las dinámicas grupales. Además, implica construir y mantener relaciones basadas en la confianza, el respeto mutuo y la capacidad de trabajar de manera efectiva hacia objetivos compartidos (Mayer et al., 2008). La interacción social se convierte así en una herramienta clave para el éxito en diversos entornos sociales y profesionales (Lopes et al., 2004).

Más tarde, en 1997, Peter Salovey y John D. Mayer fueron conocidos por elaborar el modelo de IE que lleva sus nombres. Este modelo define la IE como la capacidad de percibir, entender, manejar y regular las emociones propias y las de los demás de manera efectiva. El modelo consta de cuatro ramas básicas (Figura 1) (Mayer & Salovey, 1997):

- Percepción emocional: Este componente se refiere a la capacidad de reconocer y comprender las emociones, tanto en uno mismo como en los demás. Implica la habilidad para identificar expresiones faciales, tonos de voz, lenguaje corporal y otros signos que revelan el estado emocional de las personas. La percepción emocional es esencial para el inicio del proceso de IE, ya que nos permite ser conscientes de las emociones presentes en una situación dada.
- Facilitación emocional: La facilitación emocional se centra en cómo las emociones pueden influir en el pensamiento y la toma de decisiones. Este componente reconoce que las emociones pueden afectar la forma en que procesamos la información, recordamos eventos pasados y evaluamos situaciones futuras. Por ejemplo, un estado emocional positivo puede mejorar la creatividad y la resolución de problemas, mientras que un estado emocional negativo puede obstaculizar el pensamiento claro.
- Comprensión emocional: Implica la capacidad de comprender la complejidad de las emociones y reconocer las relaciones entre diferentes emociones. La comprensión

emocional también incluye la capacidad de comprender cómo las emociones evolucionan a lo largo del tiempo y cómo se relacionan entre sí. Este componente permite una mayor profundización en la experiencia emocional, facilitando la empatía y la conexión emocional con los demás.

- Reparación emocional: La reparación emocional se refiere a la habilidad para manejar y modificar las emociones propias y las de los demás de manera efectiva. Incluye la capacidad para manejar el estrés, controlar los impulsos y regular las emociones en función de las demandas de una situación particular. La reparación emocional es importante para mantener el equilibrio emocional y para tomar decisiones informadas en situaciones emocionalmente cargadas.

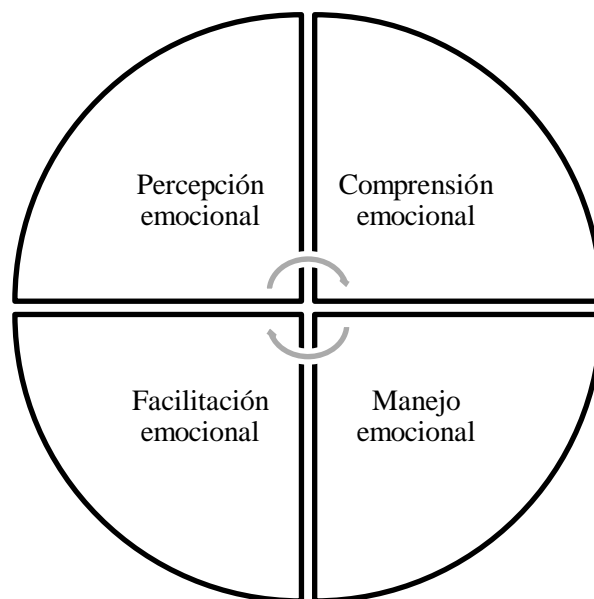


Figura 1. Modelo de IE de Salovey y Mayer (Mayer & Salovey, 1997).

1.2.2. Aplicación en diferentes ámbitos

La IE tiene aplicaciones significativas en diversos ámbitos de la vida.

En el entorno laboral, la presencia de líderes con una IE desarrollada no solo se traduce en eficiencia operativa, sino que también contribuye a la formación de un ambiente de trabajo que promueve la colaboración y el bienestar. La capacidad de inspirar y motivar a los equipos, así como de gestionar conflictos de manera constructiva, no solo incrementa la productividad, sino que también genera un sentido de pertenencia y compromiso entre los empleados (Ginoga et al., 2023).

En el ámbito educativo, la IE se posiciona como un factor determinante en la calidad de la enseñanza. Los profesores que comprenden las necesidades emocionales de sus estudiantes están mejor equipados para crear un entorno de aprendizaje positivo y estimulante. La empatía, combinada con la capacidad de adaptarse a las diferentes emociones de los estudiantes, no solo mejora la relación profesor-estudiante, sino que también optimiza el proceso de enseñanza y aprendizaje (Keidar, 2015).

En la salud mental, los profesionales que incorporan la IE en su práctica son capaces de establecer conexiones más profundas con sus clientes. La comprensión de las complejidades emocionales y la gestión efectiva de las mismas aumentan la eficacia de las intervenciones terapéuticas (Li et al., 2021). Además, en el ámbito empresarial, la IE se destaca en situaciones de negociación, gestión de equipos y atención al cliente, donde la empatía y la comprensión emocional son cruciales para la construcción de relaciones sólidas y la resolución de conflictos (Gilar-Corbi et al., 2019).

Las relaciones interpersonales, sean familiares, de amistad o románticas, se ven profundamente influenciadas por la IE. La habilidad de comprender, expresar y manejar las

emociones se convierte en un catalizador para el fortalecimiento de los lazos afectivos y la construcción de relaciones más saludables y satisfactorias (Engelberg & Sjöberg, 2005).

En el ámbito deportivo, la IE se revela como un componente esencial para el rendimiento individual y el éxito de los equipos. Los atletas que pueden gestionar la presión, superar los fracasos y mantener una mentalidad positiva están mejor posicionados para alcanzar un rendimiento consistente. En deportes de equipo, la capacidad de entender y gestionar las emociones propias y ajenas emerge como un factor necesario para la cohesión y el éxito del grupo (Kopp & Jekauc, 2018; Laborde et al., 2016).

Como se describe, la IE es una habilidad transversal que puede mejorar la calidad de vida en diversas áreas. Al aplicarla de manera consciente, las personas pueden fortalecer sus relaciones, mejorar su bienestar emocional y tener un impacto positivo en su entorno.

1.3. Síndrome del agotamiento o burnout

1.3.1. Definición y prevalencia

Herbert Freudenberger, un destacado psicólogo y pionero en el estudio del agotamiento laboral, acuñó el término "burnout" en la década de 1970 para describir un fenómeno psicológico y ocupacional complejo. En su concepción, el burnout se manifiesta como un estado de agotamiento tanto físico como mental, que socava la capacidad individual para lidiar con situaciones estresantes en la vida, en particular, en el contexto laboral. Freudenberger observó que los profesionales, especialmente aquellos que trabajan en entornos de alta demanda, experimentaban una serie de síntomas característicos, como la pérdida progresiva de energía, despersonalización de las relaciones laborales, disminución en la eficacia laboral y una sensación general de desgaste emocional. Su trabajo pionero sentó las bases para la comprensión y el estudio del burnout como un fenómeno ocupacional y psicológico significativo, lo que ha llevado a

investigaciones posteriores y a estrategias de prevención y manejo en el ámbito académico y profesional (Freudenberger, 1989).

Los últimos estudios revelan que entre los estudiantes universitarios, la prevalencia de cada dimensión del síndrome de burnout (SB) se distribuye de manera significativa. Se encontró que un considerable 55,4% reportó experimentar agotamiento emocional, mientras que un 31,6% mostró signos de cinismo hacia sus estudios y un 30,9% una disminución en su eficacia académica. Estos hallazgos destacan la compleja interacción entre los factores emocionales, cognitivos y motivacionales que influyen en el bienestar de los estudiantes durante su trayectoria académica (Rosales-Ricardo et al., 2021).

1.3.2. Factores y causas

El burnout, un fenómeno complejo asociado al estrés laboral, tiene diversas causas y factores que contribuyen a su desarrollo. Estos elementos desencadenantes abarcan desde la sobrecarga de trabajo hasta la falta de reconocimiento, creando un entorno propicio para el agotamiento físico y emocional:

- La carga de trabajo excesiva es un factor crítico. Cuando las responsabilidades superan la capacidad y los recursos disponibles, los individuos pueden sentirse abrumados y experimentar un desgaste progresivo. La falta de límites claros en las expectativas laborales agrava este problema, llevando a jornadas extensas y prolongadas (Alves Farias, 2016).
- La falta de control y autonomía en el trabajo es otro desencadenante importante. La percepción de no tener influencia en las decisiones laborales puede generar impotencia y contribuir al estrés crónico. La participación limitada en la toma de decisiones y la

ejecución de tareas puede exacerbar este sentimiento (García-Campayo et al., 2016; Moreno-Jiménez et al., 2001).

- La carencia de un sistema de apoyo efectivo es un elemento fundamental en el desarrollo del burnout. La falta de respaldo emocional y la ausencia de redes sólidas dentro del entorno laboral pueden dejar a los empleados sintiéndose aislados y desamparados en la gestión de sus desafíos (Edú-Valsania et al., 2022).
- Los conflictos en el trabajo, ya sean interpersonales o con superiores, también desempeñan un papel destacado. Ambientes laborales marcados por tensiones y disputas contribuyen significativamente al estrés y al agotamiento. La incapacidad para resolver eficazmente estos conflictos puede aumentar la carga emocional (Shaukat et al., 2017).
- La falta de reconocimiento y recompensas por el esfuerzo laboral es un factor desmotivador. La ausencia de retroalimentación positiva y la falta de celebración de logros pueden minar la satisfacción laboral, contribuyendo al deterioro del bienestar emocional (Prada Ospina, 2019; Roussillon Soyer et al., 2021).
- El equilibrio precario entre trabajo y vida personal es un desencadenante común del burnout. La incapacidad para desconectar del trabajo y la falta de tiempo para actividades personales pueden generar agotamiento físico y mental, afectando negativamente la salud integral (Schwartz et al., 2019).
- La falta de alineación entre los valores personales y los de la organización puede generar conflictos morales, contribuyendo a la insatisfacción laboral y al desgaste emocional. La percepción de no poder cumplir con los propios principios puede aumentar la carga psicológica (Rodríguez Jarabo et al., 2016).
- La inseguridad laboral, vinculada a la incertidumbre sobre el futuro del empleo, es un factor adicional. La ansiedad asociada con la falta de estabilidad profesional puede intensificar el estrés y contribuir al burnout (Llosa Fernández et al., 2021).

- La monotonía en el trabajo, derivada de tareas repetitivas y dificultosas, puede generar desinterés y aburrimiento. La falta de variedad en las responsabilidades laborales contribuye al agotamiento emocional y a la pérdida de motivación (Finkelstein, 2022).
- La carencia de recursos, ya sean humanos o materiales, es un último factor. La falta de herramientas y apoyo adecuados aumenta la carga de trabajo y la frustración, creando un entorno laboral propenso al desarrollo del burnout (Alpi & Flórez, 2004; Monte, 2005).

En conjunto, estos factores ilustran la complejidad del burnout y resaltan la necesidad de abordar estas causas para prevenir y gestionar este fenómeno.

1.3.3. Manifestaciones clínicas

El SB se caracteriza por tres componentes principales: el agotamiento emocional, que implica la pérdida progresiva de energía; la despersonalización, que se manifiesta como una defensa contra sentimientos de impotencia y frustración; y el abandono de la realización personal, donde el trabajo pierde su valor. Estos componentes se desarrollan de manera gradual y cíclica, y una persona puede experimentarlos repetidamente a lo largo de su vida laboral. Los signos de alarma incluyen negación, aislamiento, ansiedad, depresión con propensión a posibles comportamientos autolesivos, cambios en la personalidad, adicciones y problemas en el trabajo y la vida personal, como cambios en los hábitos de sueño, alimentación, higiene y dificultades de concentración. La gravedad del SB se divide en cuatro niveles, desde leve hasta extremo, caracterizados por la intensidad de los síntomas y las consecuencias en la vida del individuo (Aceves et al., 2006).

Este síndrome supone un serio problema porque puede tener consecuencias a largo plazo en la vida de una persona, afectando su salud física y mental, relaciones personales y trayectoria profesional (Ortiz Guzmán, 2020). Las repercusiones incluyen problemas de salud crónicos,

dificultades laborales continuas, cambios en la autoestima, dificultades financieras y deterioro de la calidad de vida (Muñoz Rojas et al., 2018). Abordar el burnout de manera temprana mediante la búsqueda de apoyo profesional, la implementación de estrategias de manejo del estrés y la promoción de un equilibrio saludable entre la vida laboral y personal es esencial para prevenir o mitigar estas consecuencias a largo plazo (Dabaj & Mota, 2017).

1.3.4. Grupos de riesgo y sectores afectados

El burnout puede afectar a individuos en diversos sectores y ocupaciones, pero hay ciertos grupos de riesgo y sectores particularmente propensos a experimentar este fenómeno. Algunos de ellos incluyen:

- En el ámbito de la salud, los profesionales, como médicos y enfermeros, se encuentran en la primera línea de atención, enfrentando demandas físicas y emocionales considerables. La exposición continua a situaciones médicas críticas, las jornadas laborales prolongadas y la responsabilidad de proporcionar atención de calidad contribuyen significativamente al riesgo de burnout. Factores como la carga emocional de decisiones difíciles y la presión por mantener altos estándares en entornos a veces carentes de recursos, aumentan la probabilidad de agotamiento, especialmente agravado en situaciones de crisis de salud pública, como la reciente pandemia (De Hert, 2020; Murthy, 2022).
- En el ámbito social y servicios sociales, los trabajadores sociales y profesionales enfrentan la tarea de brindar apoyo a individuos y comunidades en situaciones difíciles. La gestión de casos complejos, la interacción con problemáticas sociales y la necesidad constante de ofrecer apoyo pueden generar un desgaste emocional considerable. Factores como la exposición a historias difíciles, la falta de recursos para abordar las necesidades

sociales y la a veces abrumadora burocracia contribuyen al burnout, acentuando la presión y afectando la satisfacción laboral (Lloyd et al., 2002; Söderfeldt et al., 1995).

- En el ámbito educativo, docentes y educadores enfrentan desafíos múltiples más allá de la enseñanza académica. La gestión del aula, la adaptación a las necesidades individuales de los estudiantes y la presión por el rendimiento académico son elementos destacados. La sobrecarga de trabajo, las expectativas crecientes, la falta de recursos educativos y la diversidad de necesidades en el aula pueden generar agotamiento. La interacción constante con estudiantes y padres, aunque gratificante, también puede resultar emocionalmente agotadora (Byrne, 1991; Zysberg et al., 2017).
- En el sector empresarial y corporativo, la competencia intensa, las largas horas y la presión para cumplir con objetivos financieros pueden contribuir al burnout. La cultura corporativa, la incertidumbre laboral y la necesidad constante de demostrar rendimiento pueden afectar negativamente la salud mental de los empleados. La carga de trabajo constante, la falta de equilibrio entre vida laboral y personal, y la presión por el rendimiento financiero son factores comunes que contribuyen al agotamiento. La falta de apoyo organizacional y la percepción de falta de propósito en el trabajo también pueden desencadenar el burnout (Palmer et al., 2021; Wei et al., 2015).

En el contexto académico, los estudiantes de ciencias de la salud enfrentan desafíos particulares que pueden contribuir al desarrollo del burnout. Este grupo se caracteriza por la complejidad de sus estudios, la presión académica y las expectativas profesionales:

- A menudo experimentan una carga académica intensa que abarca cursos teóricos, prácticas clínicas y exámenes rigurosos. La necesidad de asimilar grandes volúmenes de información y la constante presión por alcanzar altos estándares académicos pueden generar estrés y fatiga (Martínez, 2010).

- La participación en prácticas clínicas y experiencias en el campo, si bien es fundamental para la formación en ciencias de la salud, también puede aumentar la carga emocional y el desgaste. La exposición a situaciones médicas difíciles y la responsabilidad asociada pueden tener un impacto en la salud mental de los estudiantes (Ceron Santander et al., 2022; Weurlander et al., 2018).
- La necesidad de equilibrar las demandas académicas con la vida personal presenta un desafío adicional. La falta de tiempo para actividades recreativas, descanso adecuado y relaciones sociales puede aumentar la probabilidad de burnout entre los estudiantes (Bergmann et al., 2019).
- La competencia en el ámbito de la salud es intensa, y los estudiantes a menudo se enfrentan a la presión de destacar entre sus compañeros. Las expectativas para alcanzar estándares profesionales elevados desde el principio de su formación pueden generar ansiedad y autoexigencia, contribuyendo al riesgo de burnout (Bergmann et al., 2019; Flaubert et al., 2021).
- La interacción con pacientes y la exposición a situaciones médicas difíciles pueden tener un impacto emocional significativo en los estudiantes. La necesidad de manejar emociones fuertes y la preocupación por el bienestar de los pacientes pueden contribuir al agotamiento emocional (Doulougeri et al., 2016; Lönn et al., 2023).

1.3.5. Intervención y prevención del burnout

A pesar de que la Organización Mundial de la Salud ha reconocido el SB como un significativo factor de riesgo laboral, y los profesionales de la salud mental lo han incorporado como un diagnóstico común en la práctica clínica, este síndrome no encuentra reflejo oficial en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (World Health Organization, 2015) ni

en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2004). Incluso en la versión más reciente del DSM, el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), el SB no ha sido incluido como un trastorno mental definido (Echeburúa et al., 2014). Esta ausencia de reconocimiento oficial ha generado debates y desafíos en la comunidad médica y psicológica, ya que el SB es ampliamente experimentado en el ámbito laboral y su impacto en la salud y el bienestar de los individuos es innegable. A pesar de su falta de inclusión en estas clasificaciones diagnósticas, el burnout continúa siendo objeto de investigación y un desafío clínico importante en la práctica profesional (Korczak et al., 2010).

La prevención del burnout implica la implementación de diversas intervenciones a nivel individual, organizacional y de políticas para garantizar un entorno laboral saludable.

En el ámbito individual, es esencial proporcionar a los empleados herramientas y habilidades para manejar el estrés y promover su bienestar emocional. Esto puede incluir capacitación en técnicas de gestión del estrés, así como el desarrollo de habilidades de afrontamiento para enfrentar situaciones estresantes. Además, enseñar a los empleados a establecer límites saludables entre el trabajo y la vida personal es imprescindible para prevenir el agotamiento (Menardo et al., 2022).

A nivel organizacional, la carga de trabajo debe ser equilibrada y distribuida de manera justa entre los empleados. Esto implica monitorear y ajustar las expectativas según la capacidad individual, evitando así sobrecargas laborales. Promover un ambiente de apoyo social, a través de programas de mentoría y grupos de apoyo entre compañeros, contribuye a crear una cultura colaborativa y positiva en el lugar de trabajo. Además, reconocer y recompensar los logros puede fortalecer el sentido de realización y motivación en los empleados. Ofrecer flexibilidad laboral, como opciones de teletrabajo o horarios flexibles, también puede mejorar el equilibrio entre la vida laboral y personal (Inegbedion et al., 2020; Kozlowski & Ilgen, 2006).

A nivel de políticas organizacionales, es necesario implementar medidas que fomenten la salud mental en el trabajo. Esto puede incluir beneficios como asesoramiento y servicios de bienestar. Realizar evaluaciones periódicas de riesgos psicosociales en el entorno laboral ayuda a identificar áreas problemáticas y ajustar las políticas según sea necesario. La promoción de un ambiente saludable implica cultivar una cultura organizacional que valore el equilibrio entre el trabajo y la vida personal, brindando recursos y programas que mejoren la calidad de vida en el trabajo (A. Wu et al., 2021).

1.4. Comunicación en Enfermería

1.4.1. Definición e importancia

La palabra “comunicación” proviene del término latino "communis", que significa "común" y, por ende, "poner a la luz de todos". La eficacia de la comunicación radica en que el receptor comprenda lo mismo que el emisor pretende transmitir (Mounier, 1935). Según el diccionario de la Real Academia Española, comunicar implica hacer partícipe a otro de lo que uno tiene, describir, manifestar, hacer saber, conversar, tratar de palabra o por escrito, y transmitir señales mediante un código común al emisor y al receptor (Real Academia Española, 2014). La comunicación es inherente a todos, ya sea de manera correcta o incorrecta, voluntaria o involuntaria, constituyendo una característica y necesidad fundamental de las personas y las sociedades, incluso en sus formas más primitivas, con el propósito de intercambiar información y relacionarse entre sí (Olano Arias, 2012).

El lenguaje, esencial para expresar ideas y sentimientos, constituye la base de la comunicación, donde se aplican signos verbales. La relación intrínseca entre el lenguaje y la comunicación destaca la importancia de un contexto adecuado para la transmisión efectiva de mensajes claros. Elementos externos, como el ruido, pueden interferir en el contexto, afectando

la calidad del mensaje y su comprensión. Esta interacción compleja entre lenguaje y comunicación no queda al azar, sino que su éxito depende del control ejercido sobre diversos factores, como la claridad del mensaje y la gestión del contexto, evitando fallas en la comunicación (Gómez, 2016).

La comunicación es un componente esencial en la interacción humana, y entre los numerosos tipos de comunicación, la verbal y la no verbal destacan como dos pilares fundamentales (Seguin et al., 2023). La comunicación verbal, mediante palabras habladas o escritas, constituye la base para compartir información, expresar ideas y coordinar acciones en la sociedad (Fajardo Uribe, 2009). Por otro lado, la comunicación no verbal, que incluye gestos, expresiones faciales, posturas corporales y otros elementos no lingüísticos, aporta un matiz emocional y contextual a la interacción. Ambos tipos de comunicación son interdependientes, complementándose para lograr una comprensión más completa y efectiva entre las personas (Bull & Frederikson, 2019). La combinación adecuada de elementos verbales y no verbales es clave en la construcción de relaciones exitosas y en la transmisión eficaz de mensajes en diversos contextos, desde lo profesional hasta lo personal (Febriantini et al., 2021).

En el ámbito de la enfermería, la comunicación emerge como una herramienta imprescindible en la aplicación de cuidados, sobretudo en cuidados paliativos puesto que los pacientes no cuentan con opciones terapéuticas de curación y se encuentran en un absoluto estado de vulnerabilidad (de Chico Cicogna et al., 2010). La comunicación efectiva se percibe como un componente esencial en la prestación de cuidados integrales y humanizados, ya que a través de ella se facilita el reconocimiento y la comprensión empática de las necesidades del paciente. Al emplear la comunicación, tanto verbal como no verbal, la profesión enfermera posibilita la participación activa del paciente en las decisiones y cuidados específicos relacionados con su enfermedad, con el fin de asegurar un tratamiento digno (Figueiredo de Sá França et al., 2013). Estudios previos señalan que la comunicación efectiva desempeña un papel crucial en los

cuidados enfermeros. Cuando esta comunicación se apoya en una relación que incluye empatía, actitud colaborativa y sensibilidad, se convierte en un factor clave para fortalecer la conexión entre el equipo asistencial y el paciente (Mullan & Kothe, 2010).

1.4.2. Elementos de la comunicación

La comunicación es un proceso fundamental en la interacción humana y social, compuesto por diversos elementos que trabajan de manera conjunta para facilitar la transmisión de información entre individuos o grupos. Estos elementos son esenciales para entender cómo se establecen y desarrollan las conexiones comunicativas (Cuenca & Verazzi, 2019). Dichos elementos son (Kaplún, 2010):

- Emisor (o remitente): Es la entidad que inicia el proceso comunicativo. Puede ser una persona, un grupo o una organización. El emisor es responsable de generar el mensaje, expresando sus ideas, pensamientos o sentimientos de manera codificada para su transmisión al receptor (Thompson, 2008).
- Mensaje: Constituye la información que el emisor desea comunicar. Puede adoptar diversas formas, ya sea verbal, mediante palabras habladas o escritas, o no verbal, a través de gestos, expresiones faciales, imágenes, entre otros. La efectividad del mensaje depende de la claridad y coherencia en su expresión (Scheinsohn, 2009).
- Canal de comunicación: Representa el medio a través del cual se transmite el mensaje del emisor al receptor. Los canales pueden ser verbales, como el lenguaje oral o escrito, o no verbales, como el uso de imágenes, gestos y tono de voz. La elección del canal influye en la interpretación del mensaje (Rodrigo, 1995).
- Receptor (o destinatario): Es la entidad que recibe y decodifica el mensaje enviado por el emisor. Su tarea es comprender la información transmitida y, en muchos casos,

proporcionar retroalimentación al emisor. El receptor desempeña un papel importante en el proceso, ya que su interpretación determina la eficacia de la comunicación (Paz, 2012).

- Código: Refiere al sistema de signos y reglas compartidas entre el emisor y el receptor para codificar y decodificar el mensaje. Este código puede ser un idioma, un conjunto de símbolos, gestos específicos, o cualquier sistema que permita la transmisión y comprensión de la información (Fajardo Uribe, 2009).
- Contexto: Se refiere al entorno o situación en la que tiene lugar la comunicación. El contexto influye significativamente en la interpretación del mensaje, ya que elementos como la cultura, el lugar, el momento y las experiencias compartidas entre emisor y receptor afectan la comprensión del contenido (Rodrigo, 1995).
- Retroalimentación: Consiste en la respuesta o reacción que el receptor proporciona al emisor después de recibir el mensaje. La retroalimentación es esencial para evaluar la efectividad de la comunicación y ajustar el mensaje según sea necesario. Es un componente clave para mantener la claridad y la comprensión mutua (Casares, 2007).
- Ruido: Son interferencias o barreras que pueden afectar la transmisión o recepción del mensaje. Pueden surgir en diversas formas, como ruido ambiental, malentendidos semánticos, distracciones, entre otros. La minimización del ruido contribuye a una comunicación más efectiva (Cobo Parra & Cuesta Ruiz, 2018).
- Feedforward (o retroalimentación anticipada): Se refiere a la información proporcionada por el emisor antes de enviar el mensaje, con el propósito de anticipar posibles malentendidos y mejorar la claridad de la comunicación. Este componente ayuda a establecer expectativas y a facilitar una interpretación más precisa del mensaje (Barranquero Carretero, 2010).

Estos elementos adquieren especial importancia en el contexto de la comunicación cuando nos referimos a entornos en los que hay pacientes, ya que con ellos el objetivo fijado es

la comunicación efectiva. La comunicación común se diferencia de la efectiva en cuanto a que en esta última el emisor y el receptor codifican un mensaje de forma equivalente. Así, el éste es transmitido de forma exitosa (Bramhall, 2014).

1.4.3. Ética de la comunicación

Dentro de la biomedicina existen una serie de principios de la bioética aplicados a la práctica asistencial. Los más conocidos son los propuesto por Tom L. Beauchamp y James F. Childress en su obra “Principles of Biomedical Ethics” (Beauchamp & Childress, 1978). Desde la perspectiva de la comunicación, estos cuatro principios adquieren una especial relevancia e importancia:

- Autonomía: Respeto a la capacidad de decisión y autonomía del paciente en la toma de decisiones relacionadas con su salud. Esto implica informar de manera clara y comprensible, permitiendo al paciente expresar sus preferencias y participar en el proceso de toma de decisiones (Simón-Lorda, 2008).
- Beneficencia y no maleficencia: Buscar el beneficio del paciente y evitar causarle daño. En la comunicación, esto se traduce en proporcionar información precisa y necesaria, así como evitar la desinformación que pueda generar ansiedad o confusión (López-Ibor, 2008).
- Justicia: Garantizar que la información y la atención se distribuyan de manera equitativa, respetando los derechos y necesidades de cada paciente (Lastra Villar et al., 2023). Esto incluye evitar discriminaciones y brindar igualdad de oportunidades para la comunicación (Gómez Sanz et al., 2021).

Por otro lado, la confidencialidad en el ámbito de la enfermería es esencial para salvaguardar la privacidad de la información relacionada con la salud de los pacientes. Los

profesionales de enfermería tienen la responsabilidad de manejar con cuidado y discreción los datos médicos, compartiéndolos únicamente con aquellos individuos que tienen el derecho o la necesidad de acceder a ellos (Martín de Aguilera, 2011).

Este compromiso con la confidencialidad se extiende a la creación de entornos que preserven la privacidad del paciente. Es imperativo cerrar cortinas, puertas y hablar en un tono de voz adecuado para prevenir la divulgación involuntaria de información confidencial. Respetar la privacidad no solo se trata de mantener la discreción verbal, sino también de garantizar que los procedimientos y conversaciones se lleven a cabo en áreas que protejan la confidencialidad del paciente (Iraburu, 2006).

Para finalizar, la responsabilidad en la transmisión de información es una piedra angular de la ética en la comunicación en enfermería (Friera & Cruz, 2006). Los profesionales deben comprometerse con la veracidad y la honestidad al proporcionar información a los pacientes. La honestidad fortalece la confianza entre el profesional de enfermería y el paciente, estableciendo una base sólida para la relación terapéutica (Molina Uribe et al., 2016).

Asimismo, el concepto de consentimiento informado es esencial. Antes de cualquier procedimiento o tratamiento, es crucial asegurarse de que el paciente comprenda completamente la información relevante, incluidos los detalles sobre los procedimientos, los posibles riesgos y beneficios. Esto implica explicar de manera clara y comprensible para permitir al paciente tomar decisiones informadas sobre su atención sociosanitaria (García Ortega et al., 2004).

El manejo de información delicada, como la comunicación de malas noticias, también requiere sensibilidad y empatía. Abordar estos temas con respeto hacia las emociones del paciente y proporcionar el apoyo necesario son aspectos clave de la responsabilidad en la transmisión de información en el contexto de la enfermería (Mahendiran et al., 2023). El secreto profesional en ciencias de la salud es un principio ético fundamental que establece la obligación de los profesionales sanitarios de proteger la confidencialidad de la información médica de los pacientes.

Este principio se basa en la confianza mutua entre el paciente y el profesional de la salud, y está respaldado por leyes y códigos de ética profesionales (Varkey, 2021). La confidencialidad asegura que la información sensible, que incluye diagnósticos, tratamientos y cualquier otra información personal relacionada con la salud, se mantenga privada y no se divulgue sin el consentimiento del paciente (Bourke & Wessely, 2008). El secreto profesional no solo es esencial para proteger la privacidad y la dignidad de los pacientes, sino que también contribuye a la calidad de la atención médica al fomentar una comunicación abierta y honesta entre el paciente y el profesional de la salud (Iott et al., 2019; Tegegne et al., 2022).

1.5. Simulación clínica

En el panorama educativo actual, las metodologías docentes innovadoras han emergido como herramientas clave para transformar la enseñanza y el aprendizaje. Estas estrategias, que van desde la realidad virtual hasta el aprendizaje basado en proyectos, desafían las convenciones tradicionales y se centran en la participación activa, el pensamiento crítico y la aplicación práctica del conocimiento. Adoptar estas metodologías no solo enriquece la experiencia educativa, sino que también prepara a los estudiantes para enfrentar desafíos dinámicos en el mundo contemporáneo (Haleem et al., 2022).

Es por ello que la introducción de la simulación en el ámbito educativo ha marcado un hito significativo en la formación de profesionales de la salud, incluyendo la enfermería. Este enfoque pedagógico innovador se erige como un vehículo fundamental para proporcionar a los estudiantes experiencias prácticas y realistas, permitiéndoles aplicar teorías y habilidades en entornos simulados antes de enfrentarse a situaciones reales. La simulación como metodología docente no solo trasciende las limitaciones tradicionales de la enseñanza, sino que también promueve el desarrollo de destrezas clínicas, toma de decisiones y habilidades interpersonales en un entorno controlado. Por ello, se destaca la relevancia y el impacto positivo que la simulación

puede tener en la formación de profesionales de enfermería, brindándoles una plataforma única para la adquisición de conocimientos prácticos esenciales para su futura práctica profesional (J. Kim et al., 2016).

La simulación es 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. Permite la valoración de la formación de una determinada acción (López Sánchez et al., 2013). Como todo proceso de aprendizaje, el método de simulación combina diferentes teorías del aprendizaje. Estas incluyen características del aprendizaje cognitivo, social, realista, constructivo y experiencial (Casal Angulo, 2016).

Se asocia, pues, con la adquisición de conocimientos que afectan moderadamente al trato con el paciente (McRae et al., 2017). Se puede encontrar tanto simulación clínica de alta fidelidad como de baja fidelidad (Abelsson & Bisholt, 2017; Baptista et al., 2016; Piña-Jiménez & y R. Amador-Aguilar, 2015). La fidelidad se refiere a como un simulador o experiencia simulada refleja la realidad. Está basado en tres dimensiones dentro de la simulación clínica. La primera es la dimensión paciente, la cual mide la interacción del estudiante con el simulador. La segunda la dimensión de entorno clínico, relacionado con el escenario y su complejidad; y la tercera la dimensión material sanitario, referida a todo el equipo tangible que rodea a la simulación (Abelsson & Bisholt, 2017; Piña-Jiménez & y R. Amador-Aguilar, 2015). A todo esto hay que añadirle la fidelidad psicológica, que muestra si los estudiantes ven creíble la simulación (Baptista et al., 2016; Tosterud et al., 2013).

Éste método ofrece un lugar seguro, holístico, de aprendizaje activo y sin riesgos de daño para practicar en maniqués monitorizados cuidados básicos, pensamiento crítico, toma de decisiones, resolución de conflictos, priorización y trabajo en equipo (Brannan et al., 2016; Cant & Cooper, 2017). Les prepara, además, para lidiar con situaciones clínicas complejas que se

encontrarán en su futura profesión, llegando incluso a disminuir su ansiedad ante la idea de la práctica clínica (Lejonqvist et al., 2016).

La simulación clínica de baja fidelidad está relacionada con el uso de lápiz y papel para la resolución de casos o en la utilización de maniqués anatómicos para practicar técnicas específicas como la canalización venosa en un brazo o la reanimación cardiopulmonar (RCP) en un torso con cabeza (Piña-Jiménez & y R. Amador-Aguilar, 2015; Tosterud et al., 2013). Es importante aclarar que baja fidelidad no corresponde al concepto de baja calidad. Puede ser de alta calidad pero de baja fidelidad en cuanto a que no requiere para realizar las prácticas de una alta tecnología educativa ni requieren reproducir aspectos clínicos que favorezcan la interacción del simulador con el estudiante en ambientes muy cercanos a la realidad (Amaya, 2014).

La simulación clínica de alta fidelidad se refiere a la sensación de realidad y responsabilidad que los estudiantes pueden hacer en los diferentes maniqués u ordenadores. Ese gran sentimiento de realidad hace que se transmitan competencias reales de funcionamiento (Coppens et al., 2018; Sherwood & Francis, 2018).

Entre los dos tipos anteriores ubicaríamos la simulación de fidelidad media que busca los mismos objetivos que la de alta fidelidad pero con recursos más precarios y menos costosos generados en ambientes menos realistas (Sherwood & Francis, 2018).

Para finalizar, podemos referirnos, además, a la utilización de pacientes estandarizados. Son individuos entrenados para realizar o simular la situación clínica de un paciente con problemas y síntomas específicos identificables, siendo de los más representativos de la práctica clínica y de mayor fidelidad para la enseñanza de habilidades no invasivas (Hart & Chilcote, 2016).

Podemos distinguir tres etapas claras :

- Prebriefing: Esta etapa se trasmite al alumno toda la información que debe conocer antes de enfrentarse a un ejercicio de Simulación Clínica (Cant & Cooper, 2017).

- Práctica de simulación o Briefing: La sesión simulada, el participante o grupo de participantes se enfrentará a un caso clínico simulado con objetivos claros previamente descritos y estudiados. Se le ofrece al alumno un abanico amplio de posibilidades para que pueda desarrollar todo lo aprendido con anterioridad y no un ejercicio guiado (Cant & Cooper, 2017).
- Debriefing: Se define debriefing o feedback al tiempo dedicado a la autoevaluación o reflexión sobre los hechos ocurridos durante la situación simulada. Se considera parte clave del aprendizaje, ya que es el momento de confrontar y argumentar los errores tanto en habilidades técnicas como cognitivas con el alumno. El alumno debe reflexionar e indagar sobre sus acciones, motivando un aprendizaje activo y que afronte las opciones y las consecuencias de sus propias decisiones y comprenda su aportación en el resultado de la situación simulada en la que participó. El debriefing es una reflexión sobre el rendimiento durante la sesión de simulación, destacando lo que se ha hecho bien, para repetirlo y comentar lo que se ha hecho mal, para identificarlo, analizar por qué y tratar de corregirlo (Lusk & Fater, 2013; Neill & Wotton, 2011).

Todo este planteamiento de transición nace de la clasificación de George E. Miller sobre la adquisición de competencias. El autor, en su denominado triángulo de Miller, hace ver cómo, el mínimo nivel esperado de competencia es el correspondiente al saber, luego el saber cómo, el mostrar cómo y por último, el más elevado, correspondiente al hacer dándole especial importancia a ésta última, lo cual, justifica esta renovación metodológica en la práctica clínica (Miller, 1990).

Tal y como se especifica en esta teoría, podemos situar a la simulación clínica en el tercer nivel de su pirámide (Figura 2) (Miller, 1990; Nolla-Domenjó, 2009):

1. Miller adjudica la base de la pirámide a los conocimientos en abstracto y la denomina "saber" (knows-knowledge).

2. El segundo nivel, "saber cómo" (knows how-competence), también hace referencia a la parte cognitiva de la competencia, pero este saber es ahora contextualizado e incluye habilidades del tipo toma de decisiones y razonamiento clínico.
3. El tercer nivel, "demostrar cómo" (shows how-performance) da un salto cualitativo muy importante en la evaluación de la competencia clínica, ya que incluye el comportamiento (habilidades). No obstante, el contexto de aplicación de las competencias no es real. Es un nivel de competencia que se muestra en entornos simulados aunque contextualizados.
4. Miller reserva el vértice de la pirámide para el "hacer" (does-action). Se trata de la competencia demostrada en situaciones o contextos profesionales reales. Una vez más, hay que subrayar que este nivel constituye el reto actual al que se enfrentan los educadores y, en especial, los especialistas en evaluación de competencia profesional.

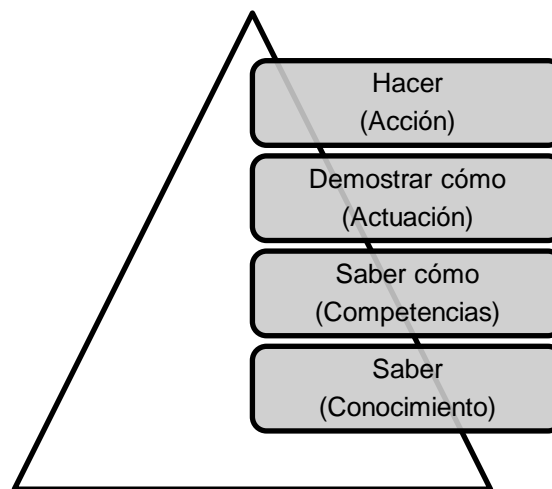


Figura 2. Pirámide de Miller (Miller, 1990).

1.5.1. Adquisición de competencias específicas a través de experiencias de aprendizaje basadas en simulación

Las experiencias de aprendizaje basadas en simulación (SBLE) representan un enfoque innovador en la educación, ofreciendo una representación artificial de procesos del mundo real con la autenticidad suficiente para alcanzar objetivos específicos. Estas experiencias promueven el aprendizaje al simular escenarios clínicos, buscando replicar de manera fiel y detallada situaciones más o menos complejas. Este método permite evaluar el entrenamiento para acciones específicas, convirtiéndose en una herramienta valiosa para la formación de profesionales de la salud (López Sánchez et al., 2013).

En este sentido, la SBLE no solo replica aspectos prácticos sino que también integra diversas teorías de aprendizaje. Desde enfoques cognitivos y sociales hasta realistas, constructivos y experienciales, se fusionan para proporcionar una experiencia educativa completa. Este método se convierte, por tanto, en un espacio de aprendizaje seguro y controlado, donde los estudiantes pueden desarrollar habilidades esenciales en un entorno simulado antes de enfrentarse a situaciones reales (Casal Angulo, 2016).

Este enfoque pedagógico no solo proporciona un marco para el desarrollo de habilidades técnicas, sino que también fomenta la adquisición de conocimientos sustanciales que impactan moderadamente en la atención al paciente (McRae et al., 2017). Se destaca la importancia de la simulación no solo como un medio para adquirir habilidades clínicas, sino también como una herramienta para la preparación emocional de los futuros profesionales de la salud.

Al dirigir nuestra atención al sector de la salud, se observa que los enfermeros a menudo se encuentran inmersos en situaciones que involucran pacientes terminales. Esta exposición a aspectos fundamentales de la mortalidad intensifica la conciencia de la finitud de la existencia, generando niveles elevados de ansiedad y malestar entre los profesionales de la enfermería (Peters

et al., 2013). La habilidad para enfrentar y gestionar emocionalmente estas situaciones se convierte en una competencia esencial.

La exposición temprana a la muerte durante la formación en enfermería destaca las limitaciones en la preparación de los estudiantes para enfrentar de manera efectiva los aspectos emocionales y psicológicos de estas situaciones (Q. Wu et al., 2023). La investigación previa señala que los estudiantes de enfermería experimentan una variedad de emociones, mayormente negativas, en relación con la muerte de los pacientes (Evans & Kelly, 2004), lo que subraya la urgencia de mejorar la formación en esta área (Szczipakowska et al., 2021).

Reconociendo estos desafíos, es importante incorporar la educación sobre el bienestar emocional y psicológico durante los estudios universitarios. Esta iniciativa tiene como objetivo equipar a los profesionales con las herramientas necesarias para ahondar de manera efectiva los aspectos complejos de sus roles (Gibbons, 2010). La gestión del proceso de morir emerge como una competencia necesaria, especialmente en el contexto de la formación tradicional centrada en la curación, la promoción de la salud, la rehabilitación y la prolongación de la vida en la formación de profesionales de la salud (Meier, 2011).

La conexión entre el miedo a la muerte y la IE destaca la importancia de cultivar habilidades emocionales a nivel laboral (Edo-Gual et al., 2011; Maritza Espinoza & Olivia Sanhueza, 2012). La IE se convierte en una herramienta esencial para reducir el estrés, mejorar la comunicación, fomentar la empatía, promover la resiliencia y mitigar conflictos (Goleman, 1995; Salovey & Mayer, 1990).

La falta de autoeficacia ante la muerte puede llevar al agotamiento entre los profesionales de enfermería (Lin et al., 2022). Este SB, definido como una respuesta al estrés crónico en el trabajo, se manifiesta como actitudes y sentimientos negativos hacia el propio rol profesional y es particularmente prevalente en los profesionales de la salud (Rendón Montoya et al., 2020). Los niveles elevados de estrés y burnout entre los enfermeros contribuyen a la escasez de

profesionales de la salud en entornos de atención aguda (Kravits et al., 2010), llevando a algunos enfermeros a buscar oportunidades laborales menos exigentes (Atance Martínez, 1997).

Es importante entender que existe evidencia previa que vincula la autoeficacia con los conceptos de IE (Gundlach et al., 2003) y resiliencia (Durán-Gómez et al., 2020). La autoeficacia en el afrontamiento del proceso de muerte emerge como un factor protector para el desarrollo futuro del burnout en enfermería (Ogińska-Bulik & Michalska, 2021). En consecuencia, la formación en el proceso de muerte se vuelve imperativa para prevenir el burnout (Zheng et al., 2022).

Los altos niveles de burnout entre los estudiantes de enfermería sugieren la necesidad de abordar estos conceptos durante su educación universitaria (Turan et al., 2019), ya que impacta directamente en la capacidad de los profesionales de enfermería y, por extensión, en la calidad del cuidado al paciente (Dall’Ora et al., 2020; Gandi et al., 2011; Laschinger & Leiter, 2006).

Una mejor preparación emocional no solo beneficiaría a estos individuos sino que también impactaría positivamente en la calidad del cuidado al paciente (Hojat, 2016; Molina-Mula & Gallo-Estrada, 2020). Este enfoque holístico contribuye al desarrollo profesional dentro del contexto académico (Hallmark et al., 2021).

Para gestionar eficazmente el burnout, aprender a enfrentar la muerte es crucial (Sansó Martínez, 2014). El afrontamiento, como la respuesta a desafíos psicológicos y ambientales, se refiere a la capacidad de manejar o minimizar los efectos adversos de las demandas cuando se supera la capacidad propia. En el contexto del afrontamiento de la muerte, implica específicamente la habilidad para enfrentar este hecho y su proceso (Zheng et al., 2018).

Además, todo esto tiene una repercusión directa en la comunicación con los pacientes (Deffner & Bell, 2005; Molero Jurado et al., 2021). La importancia de la comunicación en enfermería radica en la relación interpersonal que los enfermeros cultivan al proporcionar cuidado al paciente, subrayando su substancial potencial terapéutico. Este aspecto debería ser reconocido

tanto en la práctica profesional como en el ámbito educativo de enfermería (Ramírez & Müggenburg, 2015). Por esta razón, se debe prestar especial atención a la formación de enfermeros frente al miedo a la muerte (Deffner & Bell, 2005) y la prevención del burnout (Molero Jurado et al., 2021).

Una comunicación eficiente y la provisión de información adecuada juegan un papel fundamental en la facilitación de la adaptación del paciente, brindándoles un mayor sentido de control en su vida cotidiana. Estos elementos son clave para ayudarles a enfrentar los desafíos diarios, preservar su autonomía, disminuir los niveles de ansiedad y establecer metas alcanzables (Gutiérrez et al., 2014).

A pesar de la evidente importancia de estos temas, la exploración de dimensiones emocionales y psicológicas dentro de la atención sanitaria y la educación está limitada por la falta de estudios exhaustivos en este ámbito. Esta es la razón por la cual se propone realizar un estudio para mejorar las habilidades durante la estancia universitaria del estudiantado universitario. Este estudio podría proporcionar una base sólida para el desarrollo de programas de formación más efectivos y específicos en el ámbito de enfermería.

Sección 2

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

2. Justificación del estudio

En la Declaración de Bolonia se ratifica la introducción de SBLE y se alinea con los principios del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). Esta metodología se vincula con la visión de Bolonia de promover la innovación educativa y el desarrollo de competencias, ya que proporciona a los estudiantes un enfoque práctico y realista para aplicar sus conocimientos teóricos. En concordancia con los objetivos del EEES, las simulaciones contribuyen a la flexibilidad y adaptabilidad de los sistemas educativos al facilitar la comparabilidad y el reconocimiento de créditos entre instituciones y países. La evaluación continua de la eficacia de estas experiencias respalda la búsqueda de la calidad educativa, alineándose así con los principios de mejora continua establecidos por el EEES (Wende, 2000).

El presente trabajo de tesis se inscribe en el ámbito de la formación de estudiantes de enfermería y su preparación para afrontar desafíos de naturaleza emocional y ética en el ejercicio de su profesión, en particular, en lo que respecta al acompañamiento de pacientes en situaciones de final de la vida ya que perciben bajas competencias en estos aspectos (Schlairet, 2009; Smith-Stoner et al., 2011).

La presente investigación plantea la pregunta de si la implementación de una metodología pedagógica centrada en la simulación clínica, puede incidir en la mejora de capacidades de los estudiantes de enfermería, la cual influiría en las habilidades de afrontamiento a la muerte, reducción del burnout y mejora de habilidades de comunicación. La simulación se configura como un recurso pedagógico que ofrece un entorno seguro y controlado para que los estudiantes practiquen y mejoren sus habilidades en situaciones clínicas, incluyendo aquellas relacionadas con el cuidado en el proceso de muerte. Esta exposición temprana y supervisada a situaciones emocionalmente intensas se concibe como un medio para potenciar la comprensión y la reparación emocional, así como para fomentar la empatía, aspectos necesarios en la atención a pacientes en momentos críticos (Smith et al., 2018).

Asimismo, este estudio se adentra en el desafío de abordar el miedo ante la muerte, una cuestión recurrente en la experiencia de estudiantes de enfermería. La muerte es una parte ineludible de su práctica clínica, y la dificultad para manejar la ansiedad que conlleva puede influir de manera significativa en el bienestar de los estudiantes y en la calidad de la atención brindada. Se presume que la metodología basada en simulación clínica, con su componente de intervención psicoeducativa en el prebriefing, puede proporcionar estrategias eficaces para reducir la ansiedad ante la muerte y preparar a los estudiantes de manera más sólida para enfrentar esta dimensión de su futura práctica profesional (Edo-Gual et al., 2011).

De igual forma, la investigación se enfoca en la prevención del burnout estudiantil, una problemática relevante en la profesión. La atención a pacientes en situaciones de muerte y enfermedades graves puede resultar emocionalmente compleja y físicamente agotadora. La inclusión temprana de estrategias de autocuidado y de gestión del estrés en la metodología combinada se vislumbra como una medida preventiva para mitigar el agotamiento, lo que redundaría en beneficio tanto de los estudiantes como de los pacientes a los que asistirán en el futuro (Burlison et al., 2023).

Además, este trabajo propone una evaluación de las competencias comunicativas de los estudiantes, una dimensión fundamental en la práctica de la enfermería, especialmente en contextos delicados. La naturaleza práctica de la metodología combinada posibilitaría una evaluación más precisa de las habilidades comunicativas de los estudiantes en entornos simulados, aspecto esencial para su desarrollo profesional (Smith et al., 2018).

Finalmente, el presente proyecto de tesis pretende medir la satisfacción de los estudiantes que participan en entornos simulados como parte de la metodología combinada. Estudios previos apuntan que los estudiantes que experimenten esta aproximación pedagógica manifestarán un mayor grado de satisfacción con su formación, dado que habrán adquirido competencias más

sólidas y habrán fortalecido su preparación emocional para enfrentar las demandas de su futura profesión (Alconero-Camarero et al., 2021).

En síntesis, este estudio profundiza en los conceptos desde sus fundamentos teóricos hasta sus aplicaciones prácticas en la investigación y educación. No obstante, la escasa bibliografía que abarque de manera integral todos los aspectos que hemos explorado resalta la necesidad apremiante de investigaciones que aborden este tema.

Sección 3

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3. Objetivos e hipótesis

3.1. Objetivo principal

Implementar y evaluar una metodología docente de experiencias de aprendizaje basadas en la simulación clínica para analizar si los estudiantes desarrollan competencias ante el proceso de muerte de sus pacientes, con el fin de determinar si afecta positivamente a la adquisición de capacidades y habilidades necesarias en su profesión, especialmente aquellas relacionadas con la comunicación y el afrontamiento de la muerte, así como la reducción de sus niveles de agotamiento.

3.2. Objetivos específicos

- Determinar los niveles de miedo ante la muerte e inteligencia emocional en estudiantes de enfermería antes de la implementación de experiencias de aprendizaje basadas en la simulación.
- Examinar el impacto de la simulación clínica en la adquisición de competencias de reducción del agotamiento.
- Evaluar el impacto de la metodología de simulación clínica en el fortalecimiento de la capacidad de afrontamiento de los estudiantes de enfermería ante la muerte.
- Analizar si el entorno de aprendizaje práctico proporcionado por la simulación clínica permite una medición efectiva de las competencias comunicativas de los estudiantes.
- Describir la satisfacción de los estudiantes de enfermería que participan en entornos simulados.

3.3. Hipótesis

- Hipótesis 1: Los estudiantes de enfermería tendrán niveles adecuados de miedo ante la muerte y una inteligencia emocional adecuada.
- Hipótesis 2: El estudiantado expuesto a estrategias de reducción del burnout a través de experiencias de aprendizaje basadas en simulación clínica experimentarán niveles más bajos de agotamiento estudiantil.
- Hipótesis 3: Los participantes en experiencias de aprendizaje basadas en simulación clínica mostrarán un aumento significativo en su capacidad para hacer frente a la muerte.
- Hipótesis 4: El entorno de aprendizaje en simulación clínica permitirá una evaluación más efectiva de las competencias comunicativas.
- Hipótesis 5: Los estudiantes que participen en la metodología de entrenamiento en simulación clínica reportarán niveles altos de satisfacción con su educación.

Sección 4

METODOLOGÍA

4. Metodología

4.1. Diseño y ámbito de estudio

Estudio cuasiexperimental sobre metodologías de enseñanza-aprendizaje basadas en entornos simulados para promover el desarrollo de las competencias ante el proceso de morir del estudiantado de segundo curso del grado en Enfermería de la Universidad de Extremadura.

4.2. Población y muestra de estudio

El estudio involucró a 240 estudiantes que participaron voluntariamente entre 2022 y 2024, seleccionados mediante un enfoque de muestreo no probabilístico intencional o de conveniencia. Dentro del grupo de intervención hubo un total de 133 participantes (55,19% de la muestra total), y dentro del control fueron en total 107 (44,81%).

Cada estudiante cumplió rigurosamente con los criterios de inclusión y exclusión, y firmó el consentimiento informado.

4.3. Criterios de selección

4.3.1. Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión de la muestra del estudio fueron los siguientes:

- Estudiantes matriculados en segundo de Grado en Enfermería de la Universidad de Extremadura.
- Firma del consentimiento informado.

4.3.2. Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión de la muestra del estudio fueron los siguientes:

- Historial académico o laboral con experiencia hospitalaria previa.
- Asistencia al itinerario formativo de forma parcial.
- Duelo reciente o patológico.
- Atención psicológica actual o reciente relacionada con la pérdida o duelo.

4.4. Instrumentos

En la siguiente tabla (Tabla 1) se muestran las variables, la unidad o categorías, y el instrumento de medición.

Variable	Unidad o Categorías	Instrumento
Sexo	Mujer / Hombre	Cuestionario sociodemográfico
Edad	Años	Cuestionario sociodemográfico
Estado Civil	Soltero / Casado / Divorciado	Cuestionario sociodemográfico
Residencia	Domicilio familiar / Vive solo / Comparte piso / Vive en casa de familiares / Residencia universitaria	Cuestionario sociodemográfico
Acceso al Grado	EBAU / FP / Mayores de 25 / Titulados	Cuestionario sociodemográfico
Asignatura pendientes	Sí / No	Cuestionario sociodemográfico

Tabla 1. Definición de variables e instrumentos de medida.

Becado	Sí / No	Cuestionario sociodemográfico
Interés al ingreso	Muy alto / Alto / Medio / Bajo / Muy bajo	Cuestionario sociodemográfico
Interés en el momento actual	Muy alto / Alto / Medio / Bajo / Muy bajo	Cuestionario sociodemográfico
Interés en esta formación	Muy alto / Alto / Medio / Bajo / Muy bajo	Cuestionario sociodemográfico
Estudia y trabaja	Sí / No	Cuestionario sociodemográfico
Obligaciones ineludibles	Sí / No	Cuestionario sociodemográfico
Actividad para el estrés	Sí / No	Cuestionario sociodemográfico
Sufriente de duelo	Sí / No	Cuestionario sociodemográfico
Recibe atención psicológica	Sí / No	Cuestionario sociodemográfico
Enfermedades crónicas	Sí / No	Cuestionario sociodemográfico
Miedo a la propia muerte	Nunca / Casi nunca / A veces / Casi siempre / Siempre	Escala de miedo a la muerte de Collett-Lester
Miedo al propio proceso de muerte	Nunca / Casi nunca / A veces / Casi siempre / Siempre	Escala de miedo a la muerte de Collett-Lester
Miedo a la muerte de otros	Nunca / Casi nunca / A veces / Casi siempre / Siempre	Escala de miedo a la muerte de Collett-Lester
Miedo al proceso de morir de otros	Nunca / Casi nunca / A veces / Casi siempre / Siempre	Escala de miedo a la muerte de Collett-Lester

Tabla 1 (cont. 1). Definición de variables e instrumentos de medida.

Atención emocional	De Nada de acuerdo a Totalmente de acuerdo	Trait Meta-Mood Scale
Claridad emocional	De Nada de acuerdo a Totalmente de acuerdo	Trait Meta-Mood Scale
Reparación emocional	De Nada de acuerdo a Totalmente de acuerdo	Trait Meta-Mood Scale
Agotamiento	De Nunca / Ninguna a vez a Siempre / Todos los días	Maslach Burnout Inventory
Cinismo	De Nunca / Ninguna a vez a Siempre / Todos los días	Maslach Burnout Inventory
Realización personal	De Nunca / Ninguna a vez a Siempre / Todos los días	Maslach Burnout Inventory
Afrontamiento a la muerte	De Totalmente en desacuerdo a Totalmente de acuerdo	Escala de afrontamiento a la muerte de Bugen
Rendimiento de la simulación	Escala tipo Likert de 1 a 5	Rúbrica de desemepeño de habilidades comunicativas
Evaluación del debriefing	Escala tipo Likert de 1 a 5	Rúbrica de desemepeño de habilidades comunicativas
Satisfacción en simulación clínica	De Totalmente en desacuerdo a Totalmente de acuerdo	Escala de Satisfacción de la Simulación Clínica de Alta Fidelidad

Tabla 1 (cont. 2). Definición de variables e instrumentos de medida.

4.4.1. Cuestionario sociodemográfico

El cuestionario fue adaptado exclusivamente para este estudio, buscando obtener una visión integral de los estudiantes. Abordó una variedad de aspectos, incluyendo la edad, género y estado académico de los participantes. Estas preguntas fueron diseñadas para recopilar datos detallados que permitan comprender la demografía estudiantil y su desempeño académico.

4.4.2. Escala de miedo a la muerte de Collett-Lester

La versión española de la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester (BFDS) (Quintero & Simkin, 2020), también conocida como la "Collett-Lester Brief Fear of Death Scale" en versión original (Collett & Lester, 1969), es una herramienta psicométrica ampliamente utilizada en el ámbito académico y de investigación para medir el miedo a la muerte en individuos. Fue desarrollada por los psicólogos Lora Jean Collett y David Lester en 1969 y ha sido utilizada en estudios sobre la ansiedad relacionada con la muerte y la preocupación existencial.

La escala se basa en la premisa de que el miedo a la muerte es una preocupación común en la experiencia humana y que puede variar en intensidad de un individuo a otro. Consta de 28 ítems que evalúan el temor a la muerte a través de cuatro dimensiones principales. Estas dimensiones son las siguientes:

- Miedo a la propia muerte (MPM) (ítems 1 al 7): Explora el nivel de preocupación o ansiedad que una persona experimenta en relación con su propia muerte.
- Miedo al propio proceso de muerte (MPPM) (ítems 8 al 14): Aborda el nivel de preocupación o ansiedad relacionada con el proceso de morir personal, incluyendo aspectos como el sufrimiento o el proceso de transición hacia la muerte.
- Miedo a la muerte de otros (MMO) (ítems 15 al 21): Se evalúa el grado de preocupación o ansiedad en relación con la muerte de otras personas, como seres queridos o conocidos.

- Miedo al proceso de morir de otros (MPMO) (ítems 22 al 28): Se examina el grado de preocupación o ansiedad respecto al proceso de morir de otras personas, es decir, cómo se siente el individuo ante la muerte de otros en términos de su proceso de morir.

La escala utiliza un formato de respuestas tipo Likert, con cinco opciones de respuesta que varían desde 1 (nada) hasta 5 (mucho). Las dos primeras dimensiones se enfocan en la propia experiencia del individuo en relación a la muerte, mientras que las dos últimas se centran en la preocupación o ansiedad en relación con la muerte de otras personas. Estas dimensiones proporcionan una visión más completa de los diferentes aspectos del miedo a la muerte y permiten una evaluación detallada de las preocupaciones específicas de cada individuo.

Una vez que se ha respondido a todas las afirmaciones, se suman sus puntuaciones para obtener una puntuación total que refleja su nivel de miedo a la muerte. Los puntajes más altos indican un mayor miedo a la muerte, mientras que los puntajes más bajos indican una menor preocupación al respecto.

Interpretación de los datos de la BFDS:

- Miedo bajo a la muerte: Puntuaciones bajas (promedio menor a 2 puntos) en la escala generalmente indican una preocupación relativamente baja por la muerte. Las personas que obtienen puntuaciones bajas pueden ser más capaces de aceptar la mortalidad como una parte natural de la vida y pueden tener una perspectiva más positiva sobre la muerte.
- Miedo moderado a la muerte: Puntuaciones moderadas (entre 2 y 4) pueden sugerir que los individuos experimentan cierta inquietud o ansiedad con respecto a la muerte, pero no necesariamente a un grado patológico. Esta preocupación moderada puede ser considerada una respuesta típica y adaptativa a la conciencia de la mortalidad.
- Miedo alto a la muerte: Puntuaciones altas (mayor que 4) en la escala indican una preocupación significativa por la muerte. Las personas que obtienen puntuaciones altas

pueden experimentar una ansiedad extrema relacionada con la muerte, lo que puede afectar negativamente su calidad de vida y su bienestar emocional.

4.4.3. Trait Meta-Mood Scale

La Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24) es una escala utilizada para medir la IE y la autorreparación emocional en individuos. Fue desarrollada por Salovey y Mayer en 1995 (Salovey et al., 1995) y posteriormente adaptada por Fernández-Berrocal y Extremera en 2008 (Berrocal & Extremera, 2008). La TMMS-24 se basa en el modelo de la IE de Salovey y Mayer, que considera que se compone de cuatro ramas principales: la percepción, la comprensión, la reparación y la utilización de las emociones.

La TMMS-24 consta de 24 ítems que evalúan tres subescalas principales, cada una de las cuales se enfoca en una dimensión específica de la IE. Estas subescalas son:

- Atención: Mide la capacidad de una persona para percibir y prestar atención a sus propias emociones y sentimientos. Está compuesta por 8 ítems.
- Claridad: Evalúa la habilidad de una persona para comprender y discriminar sus propias emociones. También consta de 8 ítems.
- Reparación: Se centra en la capacidad de una persona para regular y manejar sus emociones de manera efectiva. Incluye 8 ítems.

La TMMS-24 se administra a través de cuestionarios donde los participantes deben calificar su grado de acuerdo con cada afirmación en una escala de respuesta que generalmente va de 1 a 5, donde 1 indica "totalmente en desacuerdo" y 5 indica "totalmente de acuerdo". Las respuestas se suman para obtener puntuaciones en cada una de las tres subescalas.

Interpretación de la TMMS-24: Implica analizar las puntuaciones de cada subescala por separado. Aquí hay algunas pautas generales para la interpretación:

- Atención: Una puntuación alta en esta subescala indica que la persona es consciente de sus propias emociones y presta atención a lo que siente. Una puntuación baja puede sugerir falta de conciencia emocional. La puntuación adecuada en hombres se encuentra entre los valores 22 y 32, y en mujeres entre 25 y 35.
- Claridad: Una puntuación alta en esta subescala refleja la capacidad de la persona para comprender y discriminar sus emociones. Una puntuación baja podría indicar confusión o dificultad para entender sus propios sentimientos. En hombres se considera adecuado valores comprendidos entre 26 y 35, y en mujeres entre 24 y 34.
- Reparación: Una puntuación alta en esta subescala sugiere que la persona es eficaz en la reparación de sus emociones y puede manejarlas de manera constructiva. Una puntuación baja podría señalar dificultades en el control emocional. Las puntuaciones adecuadas en hombres se encuentran entre 24 y 35, y en mujeres entre 24 y 34.

4.4.4. Maslach Burnout Inventory: Student Survey

El Maslach Burnout Inventory (MBI) fue desarrollado por Christina Maslach y Susan Jackson a finales de la década de 1970. Diseñaron el MBI como una herramienta para medir y evaluar el SB en el ámbito laboral. El término "burnout" se había popularizado en ese período para describir el agotamiento emocional y la despersonalización que las personas experimentaban en entornos laborales estresantes, particularmente en profesiones de ayuda y servicios humanos (Maslach & Jackson, 1981). Posteriormente, los científicos Wilmar B. Schaufeli e Isabel M. Martínez, adaptaron en 2002 el MBI al ámbito estudiantil (Schaufeli et al., 2002) que presenta además validaciones al español (Hederich-Martínez & Caballero-Domínguez, 2016) bajo el nombre de Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS).

El MBI-SS es una herramienta de evaluación diseñada para examinar en profundidad el SB académico, tanto a nivel individual como en entornos colectivos, como grupos de estudiantes. Este cuestionario se ha convertido en una herramienta para entender y abordar los desafíos emocionales y psicológicos que pueden afectar a los estudiantes en su trayectoria académica.

Se enfoca en tres dimensiones fundamentales para comprender el bienestar de los estudiantes en el contexto educativo. La primera dimensión que evalúa es el agotamiento. El agotamiento se refiere a la sensación de no poder dar lo mejor de uno mismo, tanto física como psicológicamente. Esto implica examinar la vitalidad y la energía que los estudiantes experimentan en relación con sus tareas académicas. Medir el agotamiento es esencial para entender si los estudiantes se sienten sobrecargados o desgastados por sus responsabilidades académicas.

La segunda dimensión que aborda el MBI-SS es el cinismo. El cinismo se relaciona con la actitud negativa que puede surgir en los estudiantes en relación con su educación. Esto puede manifestarse en una sensación de desvalorización, donde los estudiantes sienten que lo que están haciendo carece de importancia o relevancia. Además, el cinismo también involucra la pérdida de interés por sus estudios, lo que puede indicar una disminución en la motivación y el compromiso.

Por último, el cuestionario se centra en la autoeficacia académica, que se refiere a las dudas que los estudiantes puedan tener acerca de su capacidad para realizar tareas académicas. Evaluar la autoeficacia académica ayuda a comprender si los estudiantes se sienten seguros y competentes en su desempeño académico o si experimentan inseguridades y dudas en este sentido.

El MBI-SS se compone de un total de 15 ítems distribuidos en tres subescalas. Cada ítem se evalúa en una escala de frecuencia que varía desde 0 (nunca) hasta 6 (siempre). Estas puntuaciones permiten obtener una imagen detallada de cómo los estudiantes se sienten en relación con el agotamiento, el cinismo y la autoeficacia académica. Cinco ítems se centran en la evaluación del agotamiento, cuatro en el cinismo y seis en la autoeficacia académica.

Para la interpretación de los datos se utilizará como referencia los parámetros definidos en la nota técnica NTP-732 del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (Tabla 2) (Bresó Esteve et al., 2004).

Categorización	Agotamiento	Cinismo	Realización personal	
Muy bajo	> 5%	< 0.4	< 0.2	< 2.83
Bajo	5 - 25%	0.5 – 1.2	0.3 – 0.5	2.83 – 3.83
Medio (Bajo)	25 - 50%	1.3 – 2.0	0.6 – 1.24	3.84 – 4.5
Medio (Alto)	50 - 75%	2.1 – 2.8	1.25 – 2.25	4.51 – 5.16
Alto	75 - 95%	2.9 – 4.5	2.26-4	5.17 – 5.83
Muy Alto	> 95%	> 4.5	> 4.0	> 5.83

Tabla 2. Datos normativos para la corrección de las puntuaciones de las escalas de burnout. Tomado de: España, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Bresó Esteve et al., 2004).

4.4.5. Escala de afrontamiento a la muerte de Bugen

La escala Bugen de afrontamiento a la muerte, conocida como la Bugen's Coping with Death Scale (CDS) en su versión original (Bugen, 1981), es una herramienta psicométrica que fue creada por el psicólogo Walter R. Bugen en el período comprendido entre 1980 y 1981. Esta escala se desarrolló originalmente con el propósito de evaluar la efectividad de un programa de formación dirigido a voluntarios en un hospicio. El objetivo principal de su creación era identificar las habilidades y competencias necesarias que, según el autor, deberían estar presentes en una atención adecuada a pacientes y familias en situaciones de final de la vida. La escala ha sido adaptada al español y validada psicométricamente (De Horta Sánchez et al., 2019).

La CDS consta de 30 ítems, cada uno de los cuales se valora en una escala tipo Likert que va del 1 al 7. En esta escala, el valor 1 representa un completo desacuerdo, mientras que el valor 7 indica un completo acuerdo. Para calcular la puntuación final, se invierten los valores de los ítems 13 y 24, y luego se suman todas las puntuaciones. En términos generales, cuanto más altas sean las puntuaciones obtenidas, se supone que el individuo posee estrategias de afrontamiento de la muerte más efectivas.

La CDS proporciona información valiosa sobre las actitudes, emociones y estrategias de afrontamiento de los individuos, lo que puede ayudar a identificar áreas de fortaleza y debilidad, así como la necesidad de intervenciones o capacitación adicional en el manejo de la muerte y el duelo.

El enfoque en la inversión de los valores de ciertos ítems, como el 13 y el 24, agrega una capa adicional de complejidad a la interpretación de los resultados. Esto destaca la importancia de que la escala sea administrada y analizada por profesionales de la salud, que puedan ofrecer una evaluación más completa y precisa de las respuestas de los individuos a los desafíos relacionados con la muerte.

4.4.6. Rúbrica de desempeño de habilidades de comunicación

La Rúbrica de Desempeño de Habilidades de Comunicación (RDHC) fue desarrollada por un equipo de profesores de la Universidad de Alicante, liderado por Rocío Juliá-Sanchis y Silvia Escribano. Fue diseñada con el propósito de evaluar las habilidades de comunicación observadas externamente por un facilitador/evaluador en entornos de simulación clínica (Juliá-Sanchis et al., 2023).

La rúbrica consta de 15 ítems y utiliza una escala de respuesta tipo Likert con cinco niveles que varían entre 1 (mal desempeño) y 5 (desempeño excelente) para medir el grado de

acuerdo con cada afirmación. Las puntuaciones impares (1, 3 y 5) cuentan con explicaciones detalladas para facilitar la toma de decisiones y la interpretación por parte de los facilitadores/evaluadores en cada ítem. Sin embargo, las puntuaciones pares intermedias (2 y 4) también se consideran en la evaluación.

Esta herramienta consta de dos dimensiones:

- La dimensión "Rendimiento en la simulación" (ítems 1 al 11) evalúa la competencia en el manejo de las técnicas de comunicación verbal, no verbal y el trabajo en equipo (si es aplicable) durante la interacción clínica con el paciente. La puntuación mínima en esta dimensión es 11 y la máxima es 55.
- La dimensión "Evaluación del debriefing" (ítems 12 al 15) mide la participación de las personas evaluadas en la conversación de revisión de la experiencia, donde se analizan sus acciones, se reflexiona sobre los procesos de pensamiento, las habilidades psicomotrices y los estados emocionales para mejorar o mantener su rendimiento futuro. La puntuación mínima en esta dimensión es 4 y la máxima es 20.

En cuanto a la interpretación, ambas dimensiones ofrecen una puntuación continua, y a medida que la puntuación aumenta, el desempeño evaluado se considera más exitoso.

4.4.7. Escala de Satisfacción de la Simulación clínica de Alta Fidelidad

La Escala de Satisfacción de la Simulación Clínica de Alta Fidelidad (ESSAF) es una herramienta confeccionada por Ana Rosa Alconero-Camarero (Alconero-Camarero et al., 2016) cuya finalidad es evaluar la satisfacción del estudiantado en su proceso de enseñanza-aprendizaje cuando se utiliza la simulación clínica de alta fidelidad.

La escala está compuesta por un total de 33 preguntas con respuestas tipo Likert que varían desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Las respuestas se suman

para obtener puntuaciones totales que miden la satisfacción global aunque también permite hacer una valoración por ítems para estudiar individualmente los niveles de satisfacción en cada una de las cuestiones estudiadas.

4.5. Procedimiento

El procedimiento seguido para llevar a cabo el proyecto fue el siguiente:

1. Selección de la muestra: Se seleccionó una muestra representativa del grupo de participantes que cumplía con los criterios de inclusión en el estudio.
2. División de la muestra y asignación aleatoria de grupos: grupo de intervención y grupo control.
3. Información y consentimiento: Ambos grupos fueron informados sobre los detalles del estudio y los procedimientos. Además, se les proporcionó un formulario de consentimiento informado que debían leer y firmar voluntariamente, indicando su disposición a participar en el estudio.
4. Cuestionarios iniciales: Antes de cualquier intervención, ambos grupos completaron una serie de cuestionarios iniciales: cuestionario sociodemográfico, BFDS, TMMS-24, MBI-SS, CDS. Estos cuestionarios recopilaron datos sociodemográficos, características iniciales relevantes relacionadas con el miedo a la muerte y la IE, e información inicial sobre sus niveles de burnout y su capacidad de afrontar la muerte.
5. Intervención:
 - a. Grupo de intervención: El grupo de intervención pasó por un proceso de simulación estructurado. Este proceso buscó simular condiciones del mundo real de manera controlada. Durante la simulación, los instructores y facilitadores evaluaron las competencias adquiridas en comunicación durante el

proceso.

- b. Grupo control: Este grupo recibió una formación en los mismos contenidos que el grupo de intervención pero con una metodología de clase tradicional.
6. Cuestionarios post intervención para ambos grupos:
- c. Grupo de intervención: Después de la intervención, este grupo completó un cuestionario post intervención dividido en tres partes. Estos cuestionarios evaluaron la situación actual de sus niveles de burnout y capacidad de afrontamiento a la muerte, además de la satisfacción de haber participado en un proceso de simulación.
 - d. Grupo control: Después de recibir una sesión formativa tradicional diferente de la intervención del grupo experimental, este grupo cumplimentó un cuestionario dividido en dos partes que buscó evaluar su nivel de burnout y su capacidad de afrontamiento a la muerte.
7. Análisis de datos: Se llevó a cabo un análisis estadístico para comparar los resultados entre el grupo de intervención y el grupo de control. Se buscó determinar si existían diferencias significativas en las respuestas post intervención, lo que podría indicar el impacto de la intervención.

La siguiente figura (Figura 3) define el procedimiento seguido en el presente estudio.

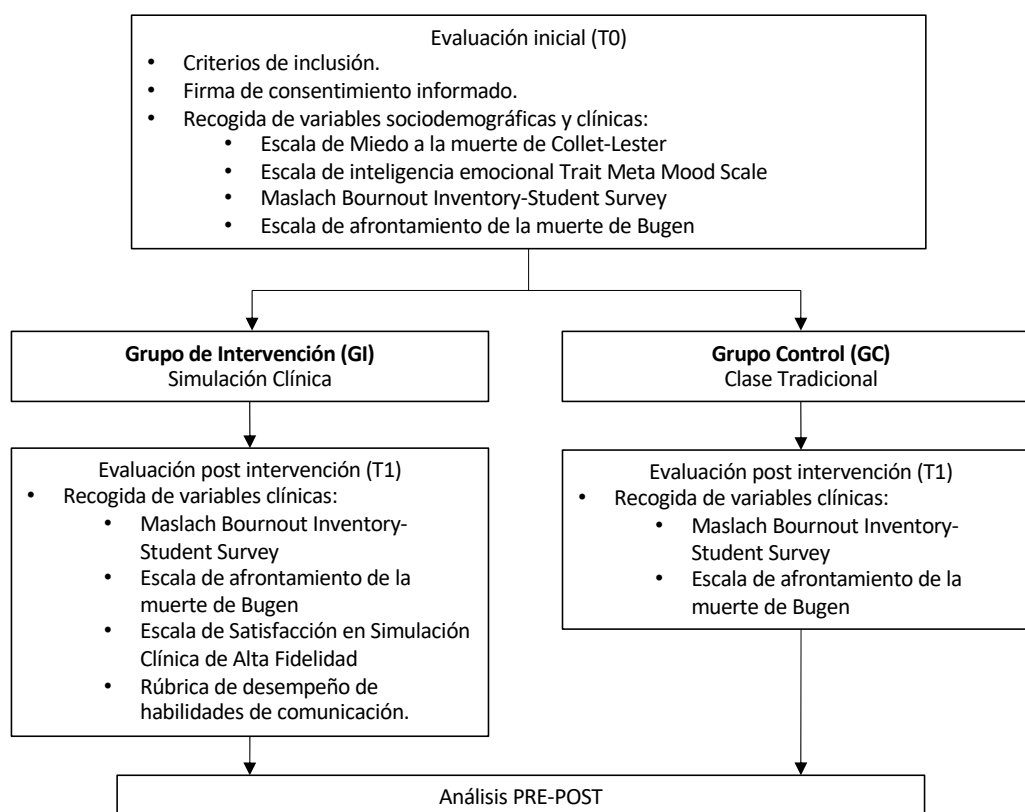


Figura 3. Diagrama de flujo sobre el procedimiento del estudio.

4.5.1. Grupo de intervención: experiencia de aprendizaje basada en simulación

4.5.1.1. Prebriefing: Preparación para la simulación

Se siguieron las “Healthcare Simulation Standards of Best PractiseTM” para la preparación de las simulaciones (McDermott et al., 2021).

Se llevaron a cabo dos sesiones de formación con contenidos y actividades teórico-prácticas para asegurar la correcta comprensión de los conocimientos y la preparación para la participación en los entornos simulados. A continuación se desarrollarán los contenidos impartidos.

4.5.1.1.1. Evolución social del proceso de morir.

En el marco de este programa formativo, se abordaron una serie de contenidos de gran relevancia en el ámbito de la atención a pacientes en situaciones de enfermedad terminal. Estos contenidos son fundamentales para que los profesionales de la salud y aquellos que desean brindar un apoyo compasivo, y efectivo a las personas en sus últimos momentos de vida puedan desempeñar su papel de manera óptima.

Se exploró la evolución social del proceso de morir, comprendiendo cómo ha cambiado la percepción y el tratamiento de la muerte a lo largo de la historia y cómo estos cambios han influido en la atención a los pacientes terminales en la sociedad actual. Asimismo, se examinó el dilema ético relacionado con el "encarnizamiento terapéutico", analizando los pros y contras de estas prácticas.

4.5.1.1.2. Atención al enfermo terminal

El programa también se enfocó en las mejores prácticas en el cuidado y la atención de pacientes en estado terminal, incluyendo el manejo del dolor, el apoyo emocional y las consideraciones éticas. Se exploraron las experiencias y emociones de las personas que se enfrentan la muerte, así como las de sus seres queridos, con el fin de comprender mejor sus necesidades y deseos.

A través de actividades prácticas, los participantes reflexionaron sobre cómo la muerte impacta en su vida personal y profesional, y cómo pueden lidiar con estas experiencias. Además, se analizaron las dimensiones sociológicas de la muerte, incluyendo las creencias culturales y religiosas que influyen en la percepción de la muerte en diferentes comunidades.

4.5.1.1.3. Información y comunicación con el enfermo terminal y su familia

Se resaltó de manera significativa la importancia fundamental de cultivar una comunicación efectiva y compasiva con los pacientes y sus familias, reconociendo que la transmisión de información relevante se debe llevar a cabo de manera no solo precisa sino también empática. Este enfoque integral no sólo abordó la transferencia de datos médicos, sino que también exploró la manera de abordar las necesidades emocionales de los pacientes y sus seres queridos, estableciendo así una conexión más profunda y significativa en situaciones delicadas.

Además, se implementó de manera práctica un ejercicio de comunicación de simulación, denominado "Hablando con Carmen". Este ejercicio proporcionó a los participantes una experiencia inmersiva y realista para aplicar activamente las habilidades de comunicación aprendidas durante el programa. "Hablando con Carmen" se diseñó específicamente para simular escenarios complejos y sensibles, permitiendo a los estudiantes de ciencias de la salud practicar la empatía, la claridad y la sensibilidad en la comunicación, fortaleciendo así sus capacidades para abordar conversaciones difíciles de manera profesional y comprensiva.

4.5.1.1.4. Burnout

Este programa integral se diseñó específicamente para estudiantes de ciencias de la salud, reconociendo la importancia de preparar a futuros profesionales para enfrentar los desafíos emocionales inherentes a la atención en situaciones de fin de vida. Se abordó detenidamente el agotamiento emocional, conocido como burnout, que puede afectar de manera significativa a aquellos que se están formando para trabajar en entornos relacionados con el final de la vida.

A lo largo de las sesiones, se proporcionó una visión detallada de las complejidades psicológicas y emocionales que pueden surgir al interactuar con pacientes y sus familias en

momentos críticos. Este enfoque tuvo como objetivo no sólo dotar a los estudiantes de un conocimiento teórico profundo, sino también proporcionarles habilidades prácticas y estrategias efectivas para prevenir y manejar el burnout.

Además, se destacó la importancia de cultivar la resiliencia emocional desde las etapas formativas, equipando a los futuros profesionales de la salud con herramientas esenciales para mantener un equilibrio saludable entre la empatía necesaria en la atención al paciente y la autorreparación emocional crucial para preservar su propio bienestar mental. Este enfoque holístico y orientado al estudiante tuvo como objetivo prepararlos no solo para brindar atención de alta calidad, sino también para construir carreras sostenibles y satisfactorias en el campo de la salud.

4.5.1.1.5. Counselling

En última instancia, se presentó una perspectiva vanguardista con la incorporación del concepto de consejería o apoyo emocional especializado, dirigido de manera específica a facilitar que el alumnado desarrolle capacidades comunicativas con pacientes y sus familias que enfrentan situaciones de enfermedad terminal. Este enfoque pionero tuvo como objetivo principal proporcionar pautas detalladas y actualizadas, basadas en las últimas investigaciones y mejores prácticas, para la implementación de un apoyo psicológico y emocional integral, abordando las complejidades inherentes a estos momentos delicados de la vida.

Este servicio innovador se enfoca en brindar un apoyo profesional, ético y empático, reconociendo la importancia de la salud mental y el bienestar emocional en el contexto de la atención sociosanitaria. Las directrices ofrecidas no sólo buscan ser efectivas en la gestión de emociones, sino que también se esfuerzan por fomentar un acompañamiento respetuoso y compasivo a lo largo de todo el proceso de atención, garantizando que las necesidades

emocionales de los pacientes y sus seres queridos sean abordadas de manera holística y comprensiva. Este enfoque integral busca no sólo aliviar el sufrimiento emocional, sino también promover un ambiente de apoyo que contribuya a la calidad de vida y el sentido de dignidad en la experiencia de enfrentar una enfermedad terminal.

4.5.1.2. Briefing: Ejercicios de simulación

La ejecución de la simulación se llevó a cabo en un entorno cuidadosamente diseñado, utilizando escenarios de simulación de alta fidelidad. Cada participante fue informado previamente de los objetivos inherentes a su caso clínico. Se les explicó que su función era la de ejercer de estudiante de enfermería. La simulación proporcionó un escenario dinámico en el que los participantes se enfrentaron a desafíos realistas y complejos que imitaban situaciones del mundo real. Para ello, se cumplieron las “Healthcare Simulation Standards of Best PractiseTM” para el desarrollo de prácticas en entornos simulados, un marco diseñado para garantizar una educación y capacitación de simulación en el ámbito de la atención sociosanitaria de alta calidad (Persico et al., 2021).

La interactividad fue un elemento central de esta fase, ya que los participantes se vieron obligados a adaptarse a cambios repentinos, tomar decisiones bajo presión y colaborar con otros actores simulados. La simulación permitió la aplicación práctica de teorías previamente instruidas en la fase de Prebriefing y durante su formación curricular universitaria, fomentando el pensamiento crítico y la capacidad de análisis en tiempo real.

Los casos incluidos en los que el estudiantado participó como su propio rol académico, bien sea como participantes en uno de los casos o como observadores en el resto, en un aproximación a la experiencia fiel de comunicarse con un paciente en el final de la vida fueron los siguientes:

1. “Hablando con Manuela”: Una paciente de 43 años ingresa a la unidad de Cuidados Paliativos desde urgencias debido a su mal estado general. En el momento del ingreso, la paciente está semiconsciente, desorientada y tiene dificultad para responder a preguntas verbales. Presenta un notable deterioro de la movilidad física y dificultad respiratoria. En cuanto a los antecedentes, no hay información sobre antecedentes familiares, no se conocen alergias, y la paciente es fumadora desde los 16 años.

La paciente experimenta dificultad respiratoria, pérdida de apetito, cansancio permanente, somnolencia, y requiere ayuda para actividades básicas de higiene y cuidado personal. Expresa miedo a la progresión de la enfermedad y la muerte. Aunque no es religiosa, su vida está en línea con sus valores y espiritualidad, y su capacidad para encontrar sentido y realización personal se ve afectada por la experiencia vivida.

En este contexto de cuidados paliativos, se abordan las necesidades físicas, emocionales y espirituales del paciente, adaptándose a la complejidad de su situación médica y emocional.
2. “Hablando con Daniel”: Paciente de 31 años con diagnóstico de VIH en fase avanzada de SIDA, con neumonía adquirida en la comunidad y sarcoma de Kaposi. No presenta antecedentes familiares ni alergias conocidas. Contrajo el VIH a los 20 años durante un voluntariado y se mantuvo indetectable durante varios años, pero su tratamiento dejó de ser efectivo hace tres años, lo que desencadenó el progreso continuado de la enfermedad. Actualmente, el paciente está bajo tratamiento farmacológico con ceftazidima y azitromicina. Fue ingresado días antes debido a tos productiva, malestar general, disnea y otros síntomas. Los facultativos solicitan diversos exámenes, incluyendo carga viral, bioquímica básica, gasometría arterial, hemocultivos, baciloscopia, radiografía de tórax y examen histológico de biopsia de piel en tórax. Se decide su hospitalización en el servicio de clínica-aislamiento para tratamiento con retrovirales y antibióticos.

La estancia hospitalaria no tiene una duración determinada debido al mal pronóstico del paciente. A pesar de su condición, no se ingresa en Cuidados Paliativos, y se manejará por etapas, enfocándose en control y tratamiento específico. La situación refleja la gravedad de la enfermedad y la necesidad de abordarla de manera progresiva.

3. “Hablando con Alejandra”: Una paciente de 25 años, segunda de tres hermanas, experimenta dolor pretibial de larga evolución y es diagnosticada con osteosarcoma femoral derecho. Inicialmente, responde bien a la quimioterapia, cirugía y radioterapia, manteniendo una actitud optimista y centrada en su carrera deportiva y estudios en Estados Unidos.

Sin embargo, a los seis meses de finalizar el tratamiento, presenta dolor en la pierna derecha y región lumbar. Un PET-TC confirma la recaída local y la presencia de metástasis irresecables en vértebras lumbares y ambos pulmones. Se decide ingresar en Cuidados Paliativos para manejar el dolor y la disnea.

Dada la presencia de compresión medular, se sugiere aumentar la analgesia y considerar el tratamiento para el dolor neuropático, utilizando gabapentina oral o ketamina intravenosa si es necesario. Además, se inicia una perfusión de benzodiazepinas a dosis bajas para controlar la disnea. A pesar de la dificultad respiratoria, la paciente prefiere mantenerse en este estado y se encuentra cómoda.

El caso refleja la transición a Cuidados Paliativos debido a la recurrencia y metástasis irresecables, donde el enfoque se centra en el control de síntomas y el bienestar de la paciente.

En cada uno de los casos simulados, participaron dos actores debidamente entrenados: uno desempeñando el papel de paciente y el otro asumiendo el rol de enfermero responsable. Estos actores fueron previamente preparados por un instructor especializado para garantizar la autenticidad y la eficacia de la simulación.

Es importante resaltar que en ningún caso fueron los estudiantes quienes participaron directamente en estas simulaciones siguiendo las recomendaciones de estudios previos para evitar la sobrecualificación en las actuaciones (Moore et al., 2016).

4.5.1.3. Debriefing: Fase post-simulación

Para esta fase de la experiencia de aprendizaje en entornos simulados se siguieron las recomendaciones ofrecidas por la “Healthcare Simulation Standards of Best Practise™” para el proceso de debriefing (Decker et al., 2021).

La fase post-simulación fue una etapa fundamental para el aprendizaje reflexivo y la consolidación de experiencias. Se llevó a cabo un análisis detallado de las acciones de los participantes, evaluando la efectividad de sus decisiones y estrategias en el contexto de cada caso. Este análisis se basó en criterios predeterminados que abarcaban desde la alineación con los objetivos estratégicos hasta la gestión eficiente de recursos y la anticipación de consecuencias a largo plazo.

El debriefing se estructuró como una sesión guiada por un instructor experto, quien proporcionó una visión enriquecedora y contextual de las decisiones tomadas. El marco utilizado para el proceso se subdividió en tres componentes: visualización de la simulación, discusión entre observadores y retroalimentación del instructor. Los participantes fueron alentados a reflexionar sobre su toma de decisiones, identificar áreas de mejora y compartir sus perspectivas. Esta interacción entre participantes e instructor propició un ambiente de aprendizaje colaborativo, donde se discutieron en profundidad los aspectos clave de cada caso.

Además, se fomentó la participación activa de los estudiantes en discusiones grupales, promoviendo la síntesis de aprendizajes individuales en una comprensión colectiva más profunda. Los participantes no solo revisaron sus propias experiencias, sino que también se beneficiaron de

las experiencias de los demás, ampliando así su perspectiva sobre los desafíos y soluciones presentados en los casos simulados.

4.5.2. Grupo control: Clase tradicional

Para el grupo control, se propuso una clase magistral que focaliza la atención en tres aspectos de significativa relevancia en la práctica de la enfermería: la muerte, el burnout y la comunicación. Este enfoque se inscribió dentro de una perspectiva tradicional de enseñanza, haciendo uso de metodologías académicas convencionales con el fin de cultivar un entendimiento integral de estos temas necesarios para la profesión enfermera.

En la primera instancia, se abordó el tema de la muerte como una dimensión ineludible de la práctica de enfermería. Se procuró desarrollar habilidades de sensibilidad y empatía mediante un enfoque didáctico que combinaba instrucción teórica con análisis de casos prácticos y discusiones grupales. El propósito fue inculcar en los estudiantes una apreciación comprensiva de la naturaleza humana inherente a la atención en salud.

La segunda temática, el burnout, se trató desde una perspectiva clásica, identificando los factores de riesgo específicos en la enfermería y proveyendo métodos tradicionales de prevención y reducción. El énfasis recayó en la promoción de prácticas de autocuidado y la construcción de una red de apoyo mutuo, considerando estos elementos como componentes esenciales en la formación académica y profesional.

La comunicación efectiva, como componente fundamental de la atención de calidad, se abordó mediante enfoques académicos tradicionales. Ejercicios prácticos y análisis de casos se integraron en la metodología de enseñanza, proporcionando a los estudiantes una experiencia académica inmersiva para el desarrollo de habilidades comunicativas cruciales en el entorno de la enfermería.

En términos generales, la metodología docente aplicada se enmarcó en una perspectiva tradicional, utilizando técnicas académicas convencionales para cultivar un aprendizaje integral. Se buscó combinar la instrucción teórica con la aplicación práctica.

4.6. Aspectos éticos

Previo al inicio del estudio se obtuvo la aprobación de la Comisión de Bioética y Bioseguridad de la Universidad de Extremadura (Nº Registro: 50//2023). Todos los participantes completaron el consentimiento informado. Los cuestionarios se cumplimentaron a través de formulario en línea de forma heteroadministrada.

En el presente estudio se respetaron en todo momento las normas éticas y la legislación vigente aplicables en materia de investigación (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y garantía de los derechos digitales; y la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica).

4.7. Análisis Estadístico

Para llevar a cabo el análisis estadístico de los datos recopilados en este estudio, se empleó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) en su versión 29.0. A través de esta herramienta, se ejecutaron una serie de análisis que permitieron obtener una comprensión profunda de los datos recopilados.

El proceso de análisis se realizó en dos etapas principales: estadística descriptiva y estadística analítica. La estadística descriptiva se utilizó para resumir y presentar los datos de manera concisa y significativa. Esto incluyó la generación de estadísticas básicas como la media,

la mediana, la desviación estándar y la distribución de frecuencias, entre otros. Estos resúmenes proporcionaron una visión general de la estructura y características fundamentales de los datos.

Una vez completada la estadística descriptiva, se procedió a la estadística analítica. En esta etapa, se aplicaron pruebas estadísticas más avanzadas y técnicas de análisis que permite evaluar relaciones, asociaciones y patrones en los datos. La prueba t de Student de una muestra se utilizó para evaluar si la media muestral difiere significativamente de una media poblacional conocida o hipotética, siendo una herramienta común en la inferencia estadística. Por otro lado, la prueba t de Student para muestras apareadas se empleó en situaciones donde las observaciones se emparejan, con mediciones pre y post intervención, permitiendo evaluar cambios dentro de los mismos sujetos. El chi-cuadrado (χ^2), se empleó para analizar la asociación entre dos variables categóricas en una tabla de contingencia, examinando si las diferencias observadas son estadísticamente significativas. El coeficiente de correlación r de Pearson, un indicador de la fuerza y dirección de la relación lineal entre dos variables continuas, facilitó la comprensión de la dependencia entre estas variables. Por último, el ANOVA de medidas repetidas, un análisis de varianza aplicado a datos con mediciones repetidas en los mismos sujetos, permitió comparar las medias de grupos, controlando los efectos de la variabilidad intra-sujeto. Se utilizó esta técnica de análisis de conjunto con la intención de controlar la probabilidad de error tipo I. Estos métodos estadísticos proporcionaron un marco robusto para la interpretación y extracción de conclusiones basadas en datos experimentales.

Se trabajó con un nivel de significación de $p < 0,05$.

Sección 5

RESULTADOS

5. Resultados

5.1. Características sociodemográficas

Desde una perspectiva general del conjunto de participantes que componen la muestra, un total de 188 (78,3%) eran mujeres frente a los 52 (21,7%) hombres. La media de edad era de $21,39 \pm 4,45$ años (Figura 4).

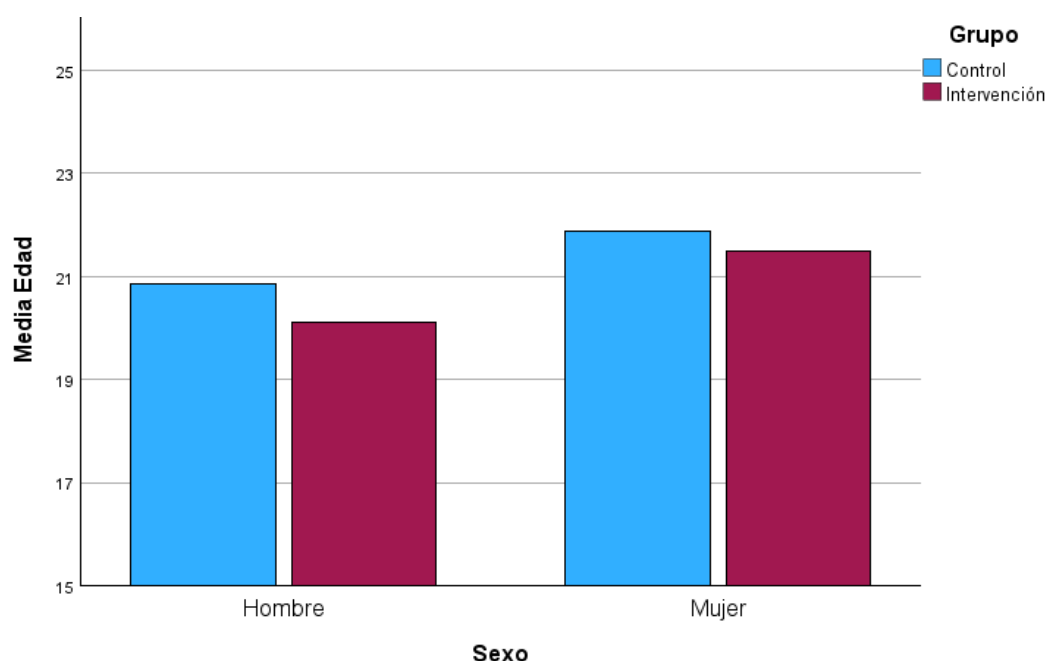


Figura 4. Media de edad de hombres y mujeres divididos por grupos.

La muestra perteneciente al grupo de intervención era de 133 personas. Se observó que 21 individuos (23,3%) eran hombres, mientras que 102 (76,7%) eran mujeres. La muestra tuvo una edad promedio de $21,17 \pm 4,46$ años, con una mediana de 20 años. El rango de edad se encontraba entre 18 y 51 años.

En cuanto al grupo control se refiere, la muestra total era de 107 cuya distribución por sexo era de 21 hombres (19,6%), frente a 86 mujeres (80,4%) que representaban a este grupo. El

promedio de edad del grupo control era de $21,68 \pm 2,35$ años, con una mediana de 21 años. Los máximos y mínimos eran 50 y 19, respectivamente.

El 95,5% de los participantes del grupo intervención eran solteros frente al 4,5% que se encontraban casados. No hubo respuestas de ninguna otra de las posibles opciones referente a la situación civil.

Respecto al grupo control la amplia mayoría (99,1%) definieron su estado civil como soltero y tan sólo una participante (0,9%) especificó que se encontraba casada. Ninguna otra de las opciones fueron marcadas en el cuestionario sociodemográfico.

En cuanto a la residencia durante el curso en el grupo de intervención destaca lo expuesto en la Tabla 3. En ella se muestra que el 66,9% compartía piso con otros estudiantes, el 19,5% residía en el domicilio familiar, y el 6,8% vivía en una residencia universitaria o solo en piso alquilado o en propiedad.

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Comparto piso con otros estudiantes	89	66,9
Domicilio familiar	26	19,5
Residencia universitaria	9	6,8
Piso alquilado o en propiedad	9	6,8
Otros familiares	1	0,9
Total	133	100,0

Tabla 3. Datos sociodemográficos referentes a la residencia de los estudiantes durante el curso en el que realizaron la intervención.

El estudiantado que forma parte del grupo control, describió su situación en cuanto a la residencia según lo especificado en la Tabla 4. Según podemos observar, 71 de las 107 personas participantes (66,4%) en el grupo control compartía piso con otros estudiantes. Un grupo de 25

del total (26,4%) definió su situación residencial como conviviente en domicilio familiar, 5 participantes marcaron que vivían en residencia y otros 5 que vivían solos en un piso alquilado o en propiedad (4,7% en cada categoría). Finalmente, una participante especificó que durante el curso académico, vivía con otros familiares (0,9%).

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Comparto piso con otros estudiantes	71	66,4
Domicilio familiar	25	23,3
Residencia universitaria	5	4,7
Piso alquilado o en propiedad	5	4,7
Otros familiares	1	0,9
Total	107	100,0

Tabla 4. Datos sociodemográficos referentes a la residencia de los estudiantes durante el curso en el que realizaron el control.

Los datos referentes a la vía de acceso se exponen en la Tabla 5. La tabla muestra que el 4,5% accedió por la vía para mayores de 25 años, el 2,3% accedió por vía de titulados, el 26,3% a través de Ciclo Formativo FP, y el 66,9% mediante la EBAU en el grupo de intervención.

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
EBAU	89	66,9
Ciclo Formativo FP	35	26,3
Acceso para mayores de 25 años	6	4,5
Acceso vía titulados	3	2,3
Total	133	100,0

Tabla 5. Datos sociodemográficos referentes a la vía de acceso de los estudiantes al grado de Enfermería en el grupo de intervención.

Según los datos presentados en la Tabla 6 referentes al grupo control, el 2,8% de los participantes accedieron mediante la vía destinada a mayores de 25 años, el 0,9% lo hicieron a través de la vía de titulados, el 33,7% optaron por el Ciclo Formativo de FP, y el 62,6% utilizaron la EBAU.

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
EBAU	67	62,6
Ciclo Formativo FP	36	33,7
Acceso para mayores de 25 años	3	2,8
Acceso vía titulados	1	0,9
Total	107	100,0

Tabla 6. Datos sociodemográficos referentes a la vía de acceso de los estudiantes al grado de Enfermería en el grupo control.

Otra información recogida a través del cuestionario sociodemográfico es si tenían asignaturas pendientes al año académico que cursaban, a saber, segundo curso del Grado de Enfermería, y si habían obtenido una beca. El 86,5% de los participantes del grupo intervención reconoció no tener asignatura pendientes en el plan de estudios propuesto frente al 13,5% que manifestaron tener alguna asignatura no aprobada. En relación a la beca, destacaron un 62,4% que sí tenían, frente a un 37,6% que no.

Del total de participantes del grupo control, un 77,6% reconoció no tener ninguna asignatura pendiente en su plan curricular frente al 22,4% que tenía alguna asignatura suspensa o no cursada. En cuanto a si recibieron becas académicas, se encontraron los siguientes datos: un 56,1% admitieron haber sido beneficiarios de esas ayudas en contraposición con un 43,9% que especificaron que no habían recibido ningún tipo de beca durante ese curso.

El siguiente punto de la encuesta se centró en el grado de interés del alumnado en relación al inicio del grado y en el momento actual, así como al grado de interés en participar en la formación relacionada con el presente estudio (Figura 5). En la primera de las figuras señaladas se observa que el grado de interés es alto o muy alto en ambos grupos. 33 y 66 participantes respectivamente en el grupo control (92,5%) con un alto o muy alto grado de interés, frente a los 49 y 65 en el grupo experimental (85,7%). No encontrando diferencias significativas entre ellos ($\chi^2=0,950$; $p=0,622$). En el caso de la pregunta del cuestionario referente a su interés en el momento actual de su formación curricular, encontramos que 47 se definió con un alto grado de interés y 53 individuos con un muy alto grado de interés en el grupo control (93,4%); y 53 y 65 respectivamente en el grupo de intervención (92,2%). Tampoco se encontraron diferencias estadísticas entre ambos grupos ($\chi^2=0,012$; $p=0,994$).

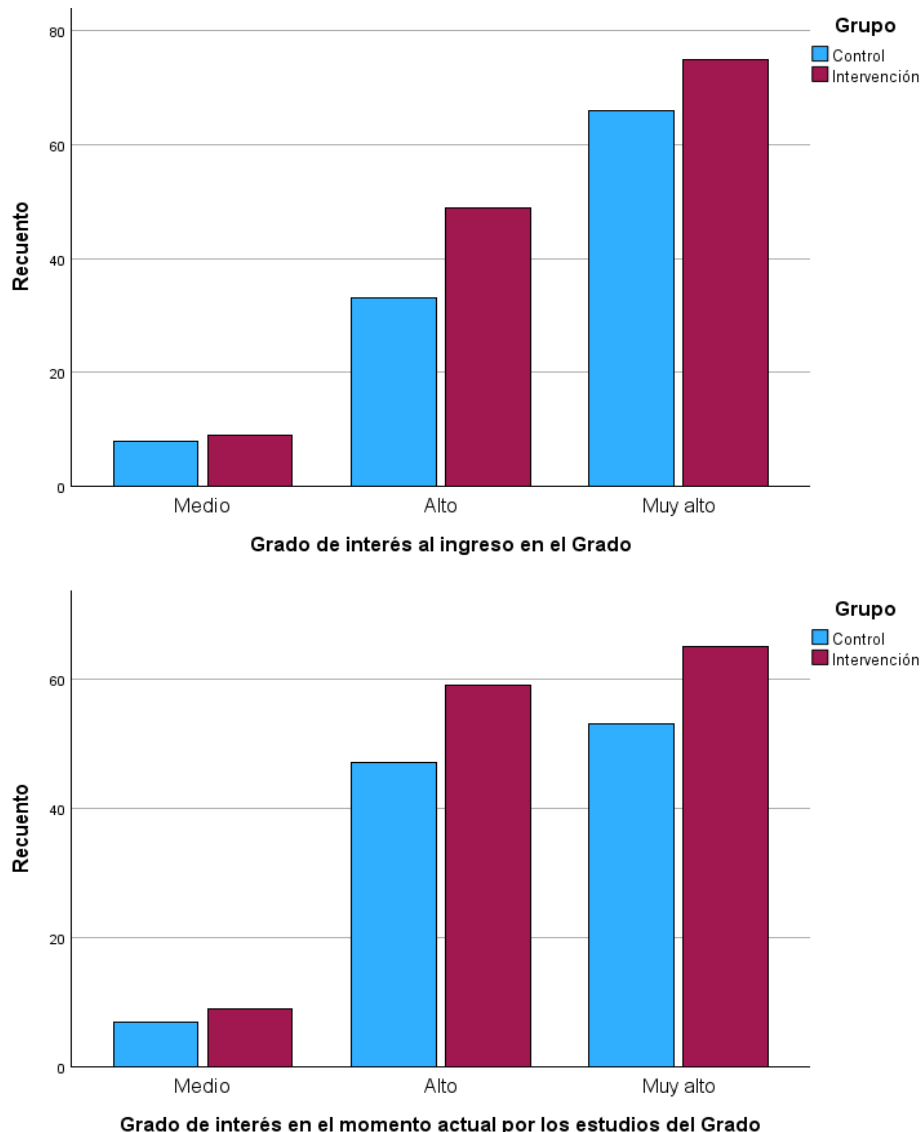


Figura 5. Grado de interés de los estudiantes al inicio y momento actual con respecto al Grado de Enfermería en los grupos control y de intervención.

En relación a su grado de interés por la formación complementaria que iban a recibir (Figura 6), el 89,7% del alumnado participante tenía un alto o muy alto interés en realizarla dentro del grupo control (50 y 46 personas respectivamente), y un 91,0% en el grupo de intervención (62 y 59 participantes respectivamente). No se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos ($\chi^2 = 0,123$; $p = 0,940$).

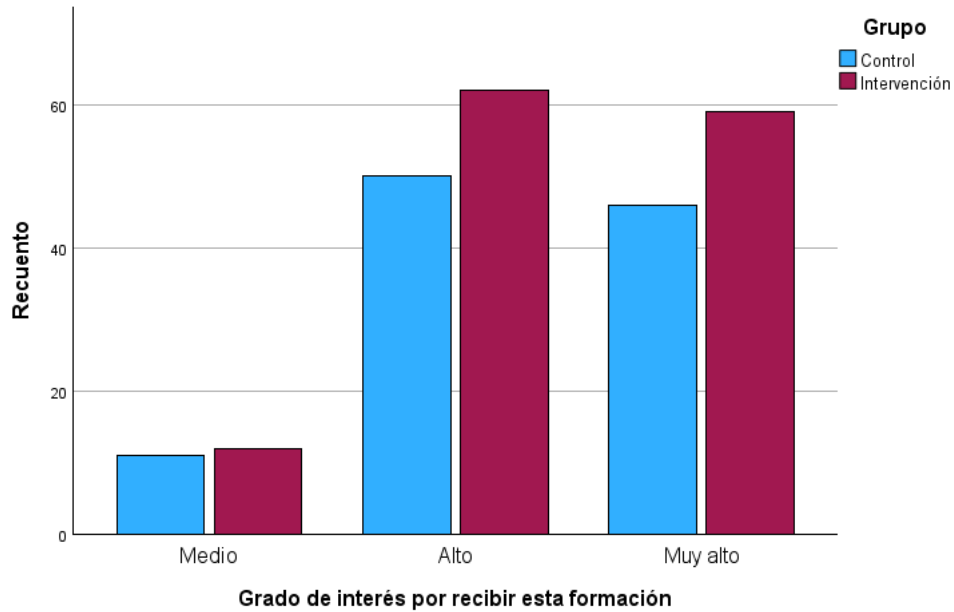


Figura 6. Grado de interés de los estudiantes en la formación complementaria para la adquisición de competencias que se impartía durante la realización de este proyecto.

Lo relativo a la pregunta "¿Compagina estudios y trabajo?" evidenció que 118 estudiantes (88,7% de los participantes) del grupo de intervención no estaban involucrados en la simultaneidad de actividades académicas y laborales. Por otro lado, 15 participantes (11,3%) de la muestra del grupo intervención reconoció que sí combinaba estudios y trabajo. En el caso del grupo control, encontramos datos similares puesto que 97 estudiantes (90,7%) de los encuestados contestaron que no compaginaban trabajo y estudio frente a los 10 (9,3%) que sí lo hacía.

Referente a la pregunta relacionada con las obligaciones extracurriculares, 121 alumnos (91,0%) de la muestra del grupo de intervención afirmó no tener otras obligaciones además de sus estudios. En contraste, 16 estudiantes (9,0%) del grupo intervención reconoció tener otras obligaciones además de estudiar. Datos semejantes fueron los encontrados en el grupo control puesto que negaron tener cargas familiares y otras obligaciones, 95 participantes (88,8%) frente a los 12 (11,2%) que sí afirmó tenerlas.

En disposición de conocer cómo enfrentaban el estrés diario, se les preguntó a los participantes en este primer cuestionario si realizaban alguna actividad física para reducir el estrés. Esta pregunta reveló que 78 encuestados (58,6%) de la muestra del grupo intervención indicó que no realizaba actividades específicas para reducir la ansiedad o el estrés. Por otro lado, 55 alumnos (41,4%) de la muestra del mismo grupo reconoció llevar a cabo alguna actividad con el propósito de disminuir el estrés. Se describieron diferentes técnicas en la respuesta abierta tales como: prácticas de relajación, ejercicio físico, o técnicas de mindfulness, para abordar y mitigar los efectos del estrés en su vida cotidiana. Datos muy similares se encontraron en el grupo control puesto que el número de participantes de este grupo que realizó actividades para reducir el nivel de estrés o ansiedad es de 43 estudiantes (40,2%) frente a 64 (59,8%) que sí afirmó realizarlas.

En relación con la última pregunta del cuestionario sociodemográfico, 128 participantes (12%) del grupo intervención manifestó tener alguna patología crónica diagnosticada. En la mayoría de los casos, y tal y como especificaron en la pregunta abierta, eran enfermedades de tipo metabólico (diabetes mellitus e hipotiroidismo) y respiratorias como es el caso del asma. En el caso del grupo control, tan solo 10 encuestados (9,3%) refirió tener alguna enfermedad crónica. En este caso se añadieron a la lista antes descrita las enfermedades autoinmunes, como es el caso de la celiaquía. El resto de los encuestados no marcó padecer ninguna enfermedad de tipo crónico.

5.2. Estudio observacional de la muestra en relación al miedo a la muerte y al nivel de inteligencia emocional

5.2.1. Miedo a la muerte

La escala BFDS, se divide en cuatro subescalas referidas a: miedo a la propia muerte y a su proceso, y miedo a la muerte de otros y el proceso en sí. La Tabla 7 recoge los datos promedio a la muerte referente a ambos grupos.

Subescalas	Grupo de intervención (Media ± DE)	Grupo control (Media ± DE)	Total (Media ± DE)
MPM	2,98 ± 0,66	2,95 ± 0,96	2,97 ± 0,94
MPPM	3,32 ± 0,81	3,21 ± 0,90	3,27 ± 0,85
MMO	3,82 ± 0,75	3,64 ± 0,75	3,74 ± 0,70
MPMO	3,37 ± 0,72	3,35 ± 0,71	3,36 ± 0,71

Tabla 7. Datos promedio del miedo a la muerte.

5.2.1.1. Miedo a la propia muerte

Con respecto a los datos recopilados de manera general entre ambos grupos, se observó que la mayoría de los participantes mostraron niveles moderados y altos de miedo a su propia muerte. Los resultados indicaron que la media de MPM de los participantes se situaba por encima del corte para ser considerado un nivel bajo. La media general de los encuestados fue de $2,97 \pm 0,94$.

Separando a la muestra en grupos intervención y control, pudimos observar medias muy semejantes. Según se puede ver en la Figura 7, el grupo de intervención demostró un miedo a la muerte medio de $2,98 \pm 0,66$. En el caso del grupo control fue semejante, la media fue de $2,95 \pm 0,96$. Se realizó la prueba t de student para la igualdad de medias para estudiar si había diferencias entre los dos grupos y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,392$).

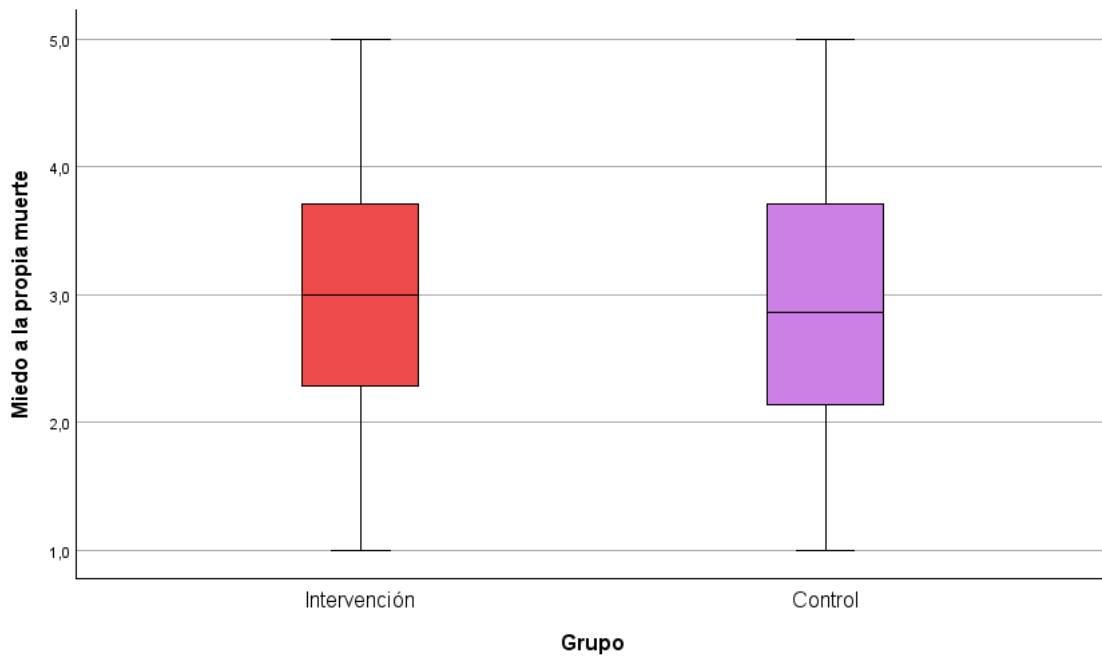


Figura 7. Diagrama de cajas del MPM categorizado por grupos.

Se categorizó al miedo a la muerte en función de la interpretación descrita por la propia escala BCDS y determinándose que la mayoría de la muestra presentaba un nivel moderado y alto de miedo a la muerte, 93 (70,0%) y 22 participantes (16,5%) respectivamente frente a los 18 (13,5%) que se categorizaron con bajo nivel de dicho miedo en el grupo de intervención. En cuanto al grupo control, 78 (72,9%) presentaban un miedo moderado a la muerte y 12 (11,2%) un miedo alto. Tan solo 17 de los 107 participantes del grupo (15,9%) tenían un miedo bajo a la muerte. Estos datos se reflejan en la Figura 8.

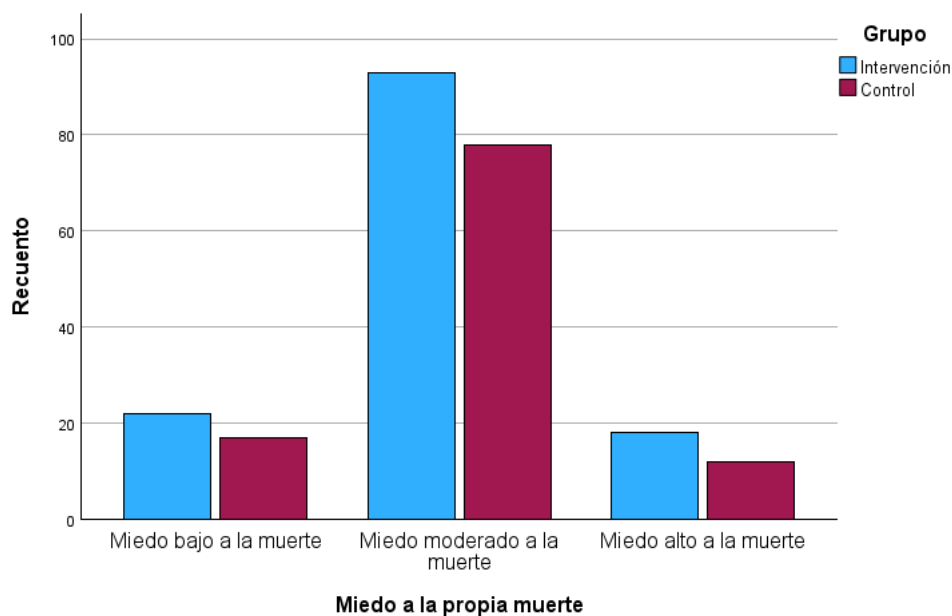


Figura 8. Diagrama de barras de las categorías del MPM por grupos.

Se analizó si existían diferencias entre el grupo de intervención y el de control, y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ellos ($\chi^2 = 0,344$; $p = 0,842$).

5.2.1.2. Miedo al propio proceso de muerte

En cuanto a los datos recabados de manera global en ambos grupos, se determinó que la mayoría de los participantes exhibían niveles moderados y elevados de temor hacia su propio proceso muerte. Los resultados indicaron que la media del temor hacia el propio proceso de muerte de los participantes superó el umbral para considerarse un nivel bajo. La media global de los encuestados es de $3,27 \pm 0,85$.

Al separar la muestra en los grupos de intervención y control, se observaron medias muy similares. Según se muestra en la Figura 9, el grupo de intervención exhibía un nivel medio de MPPM de $3,32 \pm 0,81$. Por otro lado, en el grupo control, la media fue de $3,21 \pm 0,90$. Se llevó a

cabo la prueba t de Student para comparar las medias de ambos grupos y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,179$).

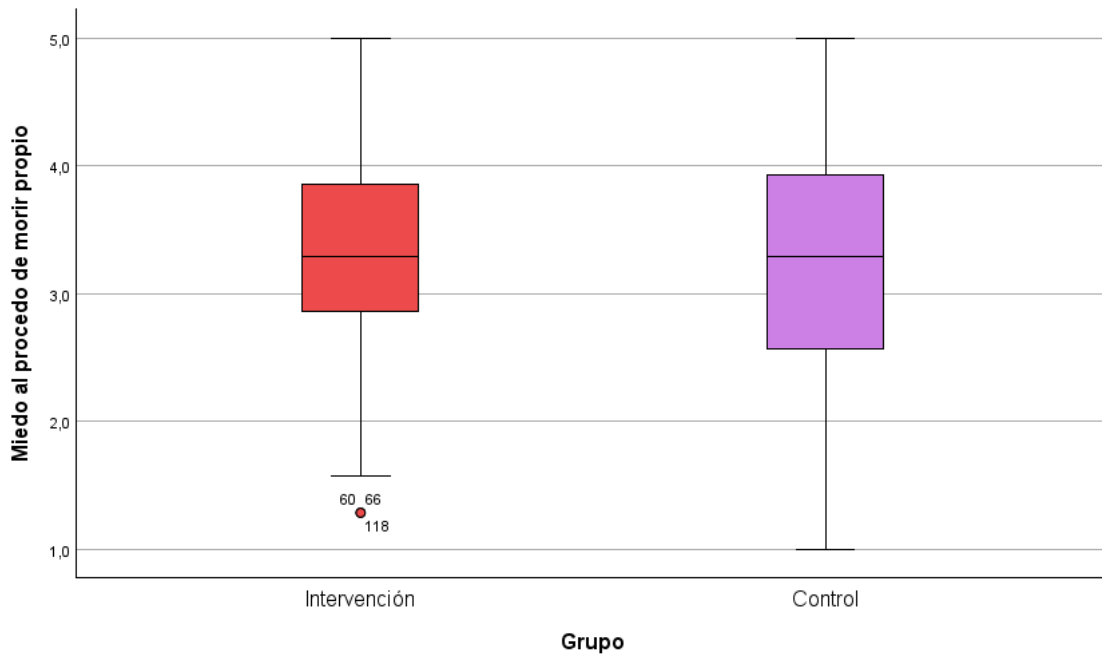


Figura 9. Diagrama de cajas del MPPM categorizado por grupos.

El MPPM fue categorizado según la interpretación proporcionada por la escala BCDS, y se determinó que la mayoría de la muestra exhibe niveles moderados y altos de MPPM. En el grupo de intervención, 101 participantes (75,9%) presentaron un nivel moderado y 23 (17,3%) un nivel alto, en comparación con los 9 participantes (6,8%) categorizados con un nivel bajo de miedo. En cuanto al grupo control, 80 participantes (74,8%) mostraron un nivel moderado de miedo a la muerte y 21 (19,6%) un nivel alto. Sólo 6 de los 107 participantes del grupo (5,6%) apuntaron un nivel bajo de miedo a la muerte. Estos datos se representan en la Figura 10.

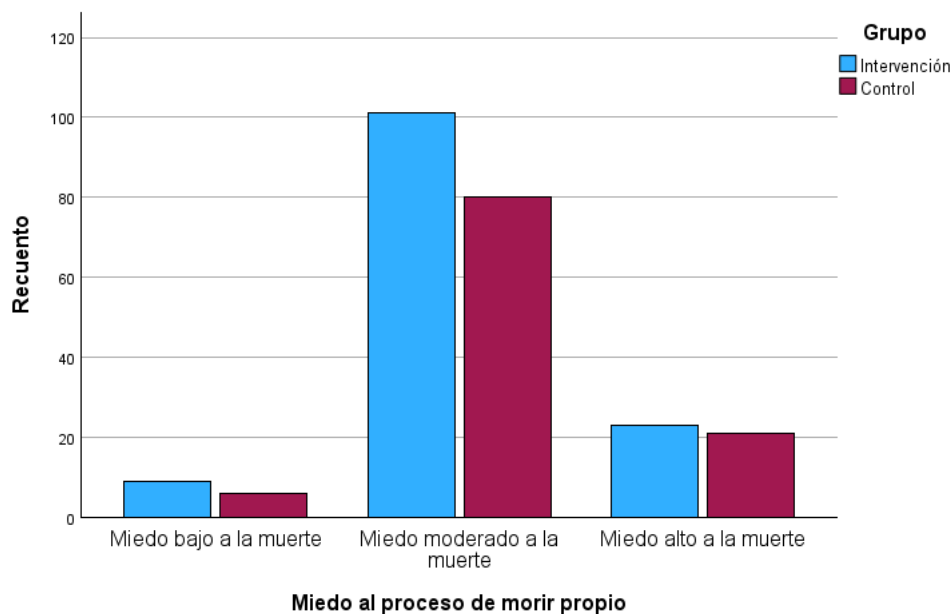


Figura 10. Diagrama de barras de las categorías del MPPM por grupos.

5.2.1.3. Miedo a la muerte de otros

Los datos recopilados de manera general entre ambos grupos indicaron que la mayoría de los participantes muestran niveles moderados y altos de temor hacia la muerte de otros. Los resultados apuntaron que la media del temor hacia la muerte de otros de los participantes superaba el umbral para ser considerado un nivel bajo. La media global entre los encuestados fue de $3,74 \pm 0,70$.

Al analizar la media en los grupos de intervención y control, se observaron medias muy similares. De acuerdo con lo representado en la Figura 11, el grupo de intervención mostró un nivel medio de MMO de $3,82 \pm 0,75$. Del mismo modo, en el grupo de control, la media era de $3,64 \pm 0,75$. Se realizó la prueba t de Student para comparar las medias de ambos grupos y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,053$).

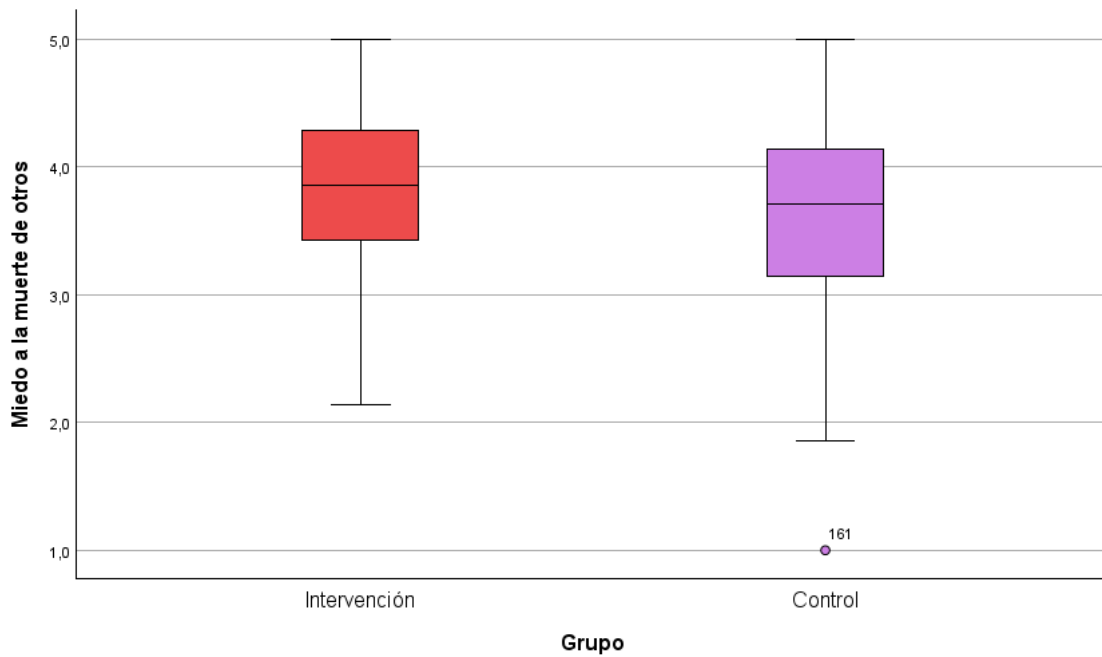


Figura 11. Diagrama de cajas del MMO categorizado por grupos.

El temor a la muerte de otros fue clasificado según la interpretación proporcionada por la escala BCDS, revelando que la mayoría de la muestra presentaba niveles moderados y altos de temor a la muerte de otros. En el grupo de intervención, 82 participantes (61,6%) exhibieron un nivel moderado y 51 (38,4%) un nivel alto, ningún participante mostró niveles bajos frente a este miedo. Respecto al grupo control, 72 participantes (67,3%) señalaron un nivel moderado de miedo y 31 (28,9%) un nivel alto. Sólo 2 de los 107 participantes (1,8%) del grupo fueron descritos con un nivel bajo de MMO. Estos datos se ilustran en la Figura 12.

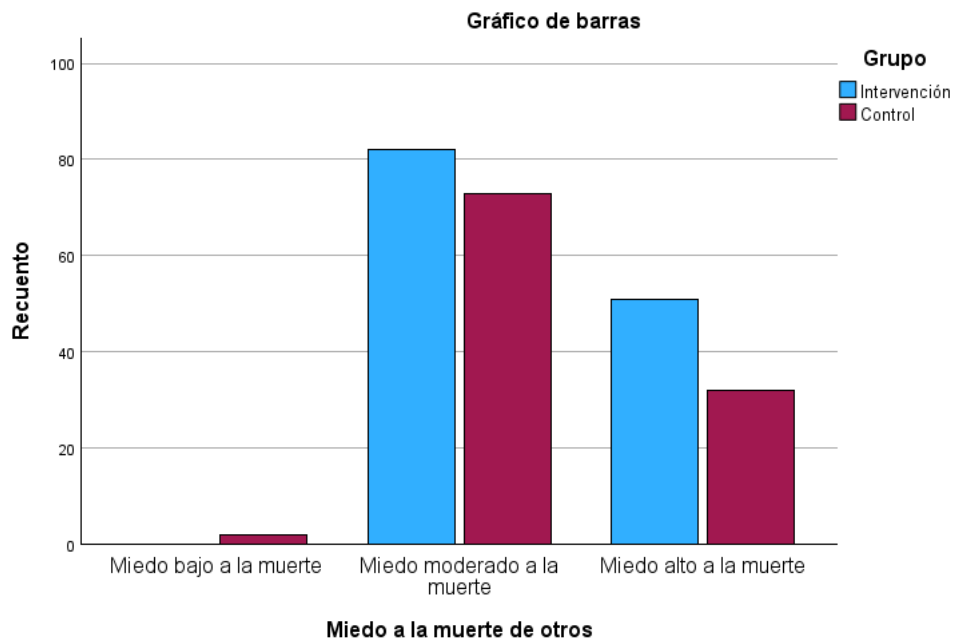


Figura 12. Diagrama de barras de las categorías del MMO por grupos.

5.2.1.4. Miedo al proceso de muerte de otros

Los datos recolectados de manera global entre ambos grupos determinaron que la mayoría de los participantes mostraban niveles moderados y altos de miedo hacia este proceso de muerte. Los resultados apuntaban que la media del miedo hacia el proceso de muerte de otros de los participantes supera el umbral para considerarse un nivel bajo. La media global de los encuestados fue de $3,36 \pm 0,71$.

Al examinar las medias en los grupos de intervención y control, se observaron valores muy similares. Según lo representado en la Figura 13, el grupo de intervención presentaba un nivel medio de MPMO de $3,37 \pm 0,72$. De manera similar, en el grupo de control, la media fue de $3,35 \pm 0,71$. Se realizó la prueba t de Student para comparar las medias de ambos grupos y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,391$).

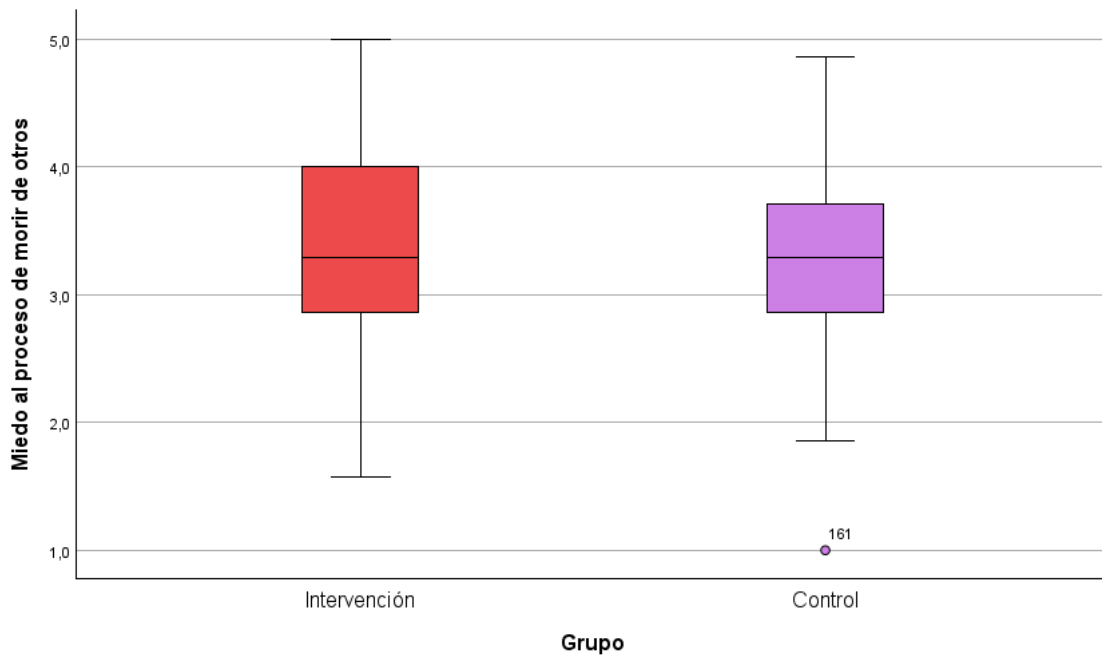


Figura 13. Diagrama de cajas del MPEM categorizado por grupos.

El MPEM fue evaluado según la interpretación proporcionada por la escala BCDS, revelando que la mayoría de la muestra presentaba niveles moderados y altos de este temor. En el grupo de intervención, 104 participantes (78,2%) evidenciaron un nivel moderado y 27 (20,3%) un nivel alto de temor a la muerte de otros, mientras que sólo 2 participantes (1,5%) mostraron niveles bajos frente a este miedo. En cuanto al grupo de control, 88 participantes (82,3%) indicaron un nivel moderado de miedo y 17 (15,9%) un nivel alto. Solamente 2 de los 107 participantes (1,8%) del grupo fueron descritos con un nivel bajo de MPEM. Estos datos se representan en la Figura 14.

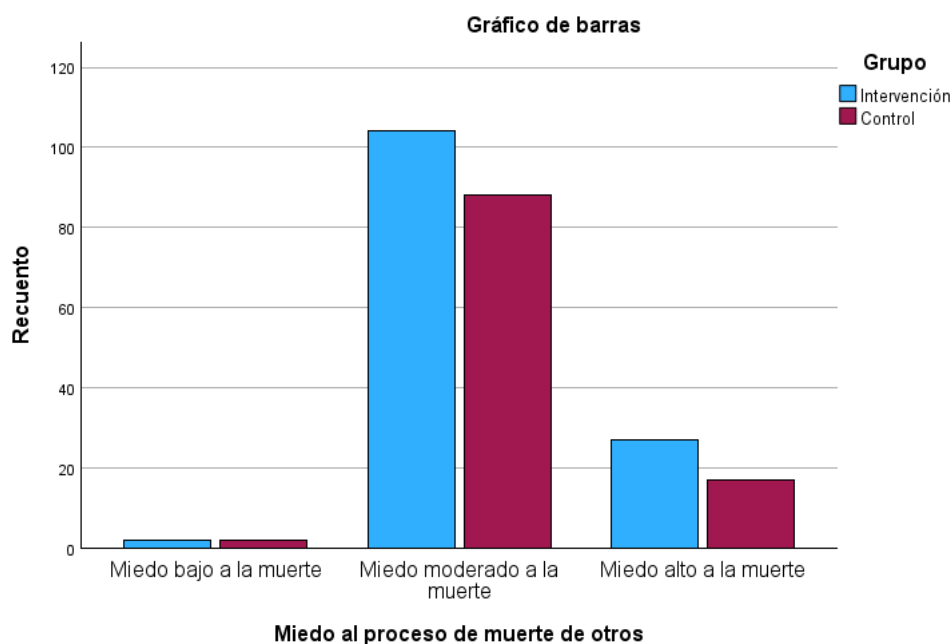


Figura 14. Diagrama de barras de las categorías del MPMO por grupos.

5.2.2. Inteligencia emocional

El cuestionario TMMS-24, divide en tres escalas la IE. A saber: atención, claridad y reparación emocional. En la Tabla 8 se muestran los datos de los distintas subescalas agrupadas por grupos y por sexos.

Subescalas	Grupo de intervención		Grupo control		Total	
	(Media ± DE)		(Media ± DE)		(Media ± DE)	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Atención	28,97 ± 4,48	29,86 ± 5,10	27,90 ± 5,40	29,03 ± 4,84	28,48 ± 4,85	29,48 ± 4,99
Claridad	27,48 ± 5,16	26,94 ± 5,39	29,14 ± 5,89	27,76 ± 6,81	28,15 ± 5,47	27,31 ± 6,08
Reparación	28,23 ± 5,12	26,83 ± 5,61	29,29 ± 5,87	27,06 ± 5,54	28,65 ± 5,41	26,94 ± 5,56

Tabla 8. Datos promedio de la IE.

5.2.2.1. Atención emocional

Con respecto a los datos recogidos de manera general entre ambos grupos, los niveles de atención eran adecuados en la gran mayoría de los participantes ya que la media de hombres era de $28,48 \pm 4,85$, y la de mujeres de $29,48 \pm 4,99$.

En cuanto a los distintos grupos, las medias siguieron encontrándose dentro de los valores medios normales para considerarse adecuadamente atentos tal y como se muestra en la Figura 15. Además, se realizó la prueba t para igualdad de medias para comprobar si existían diferencias estadísticas entre el grupo control e intervención. No se encontraron resultados significativos ($p = 0,321$).

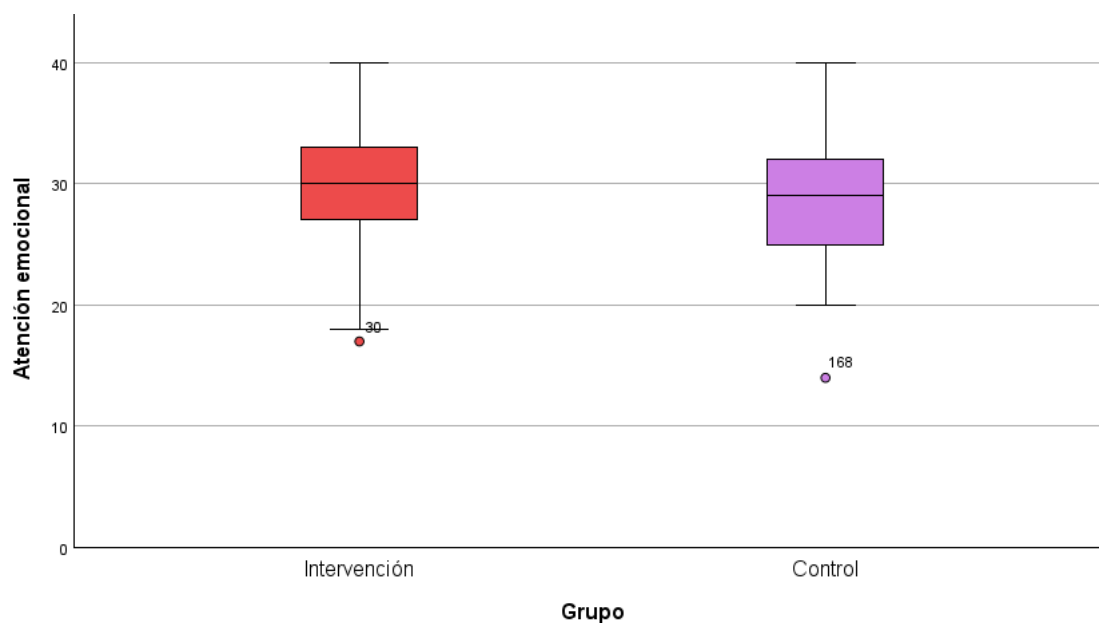


Figura 15. Diagrama de cajas de la atención emocional categorizadas por grupos.

Finalmente, se categorizó a la muestra según su nivel de atención para conocer la distribución de participantes en función de si tenían una IE poco, adecuada o demasiado atenta (Figura 16). Dentro del grupo control, 89 de los 107 participante (83,2%) fueron considerados adecuadamente atentos a sus emociones, frente a los 11 y 7 que fueron poco o demasiado atentos

(10,2% y 6,6% respectivamente). En cuanto al grupo de intervención, 106 de los 133 encuestados se encontraron en el rango para considerar que su atención es adecuada (79,6%). En contraposición, 16 participantes (12,0%) se categorizó como poco atento y 11 (8,4%) como demasiado atento.

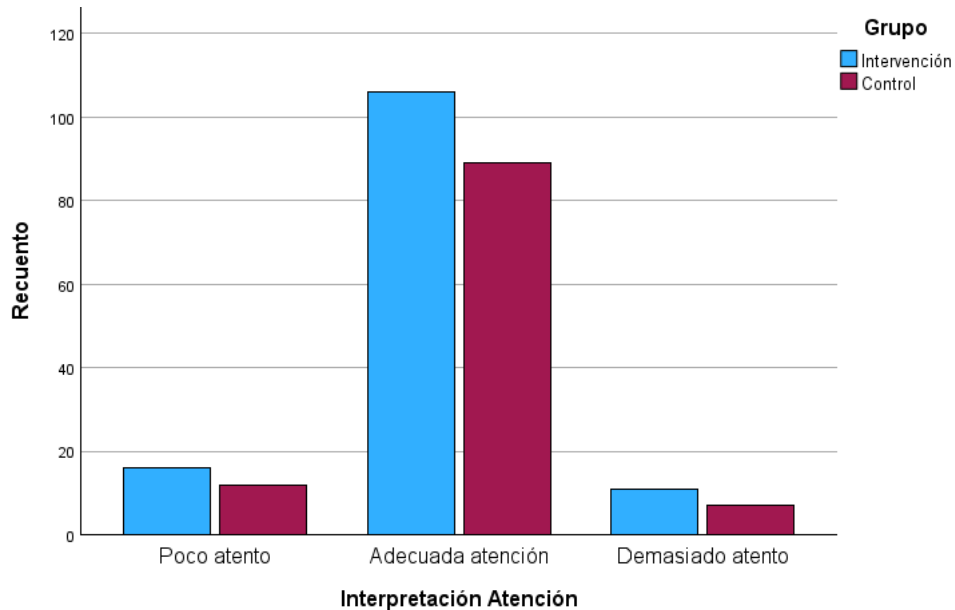


Figura 16. Diagrama de barras de las categorías de la atención emocional por grupos.

5.2.2.2. Claridad emocional

Respecto a los datos obtenidos de ambos grupos en general, se observaron niveles adecuados de claridad en la mayoría de los participantes. Los resultados mostraron que la media de claridad se sitúa dentro de los límites considerados adecuados, con una media de $28,15 \pm 5,47$ para hombres y $27,31 \pm 6,08$ para mujeres.

En relación con los diferentes grupos, las medias continuaron estando dentro del rango normal para considerarse adecuadamente claros, según se presenta en la Figura 17. Asimismo, se

llevó a cabo la prueba t para la igualdad de medias entre el grupo control y el de intervención. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,096$).

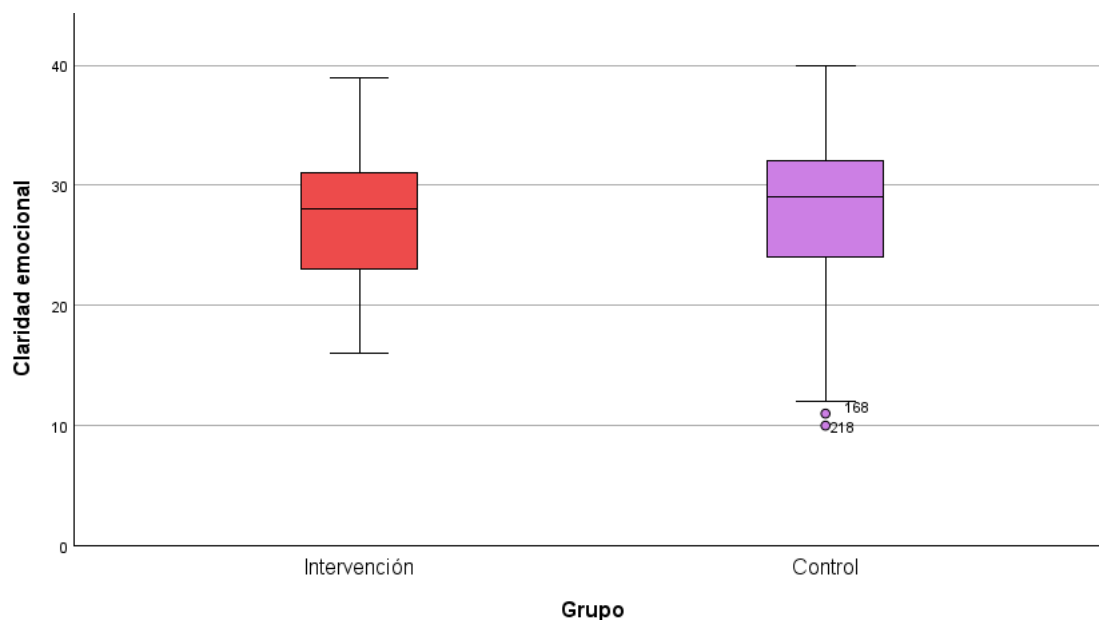


Figura 17. Diagrama de cajas de la claridad emocional categorizadas por grupos.

Se procedió a clasificar la muestra según su nivel de claridad para determinar si presentaban una IE poco, adecuada o excelentemente clara (Figura 18). En el grupo control, de los 107 participantes, 77 (72,0%) se consideraron adecuadamente claros a sus emociones, mientras que 19 y 11 estudiantes (el 17,8% y el 10,2%) se catalogaron como poco o excelentemente claros, respectivamente. En cuanto al grupo de intervención, de los 133 encuestados, 90 se ubicaron dentro de los límites para considerar que su claridad era adecuada (67,7%). En contraste, 34 (25,6%) se clasificó como poco claros y 9 (6,7%) como excelentemente claros.

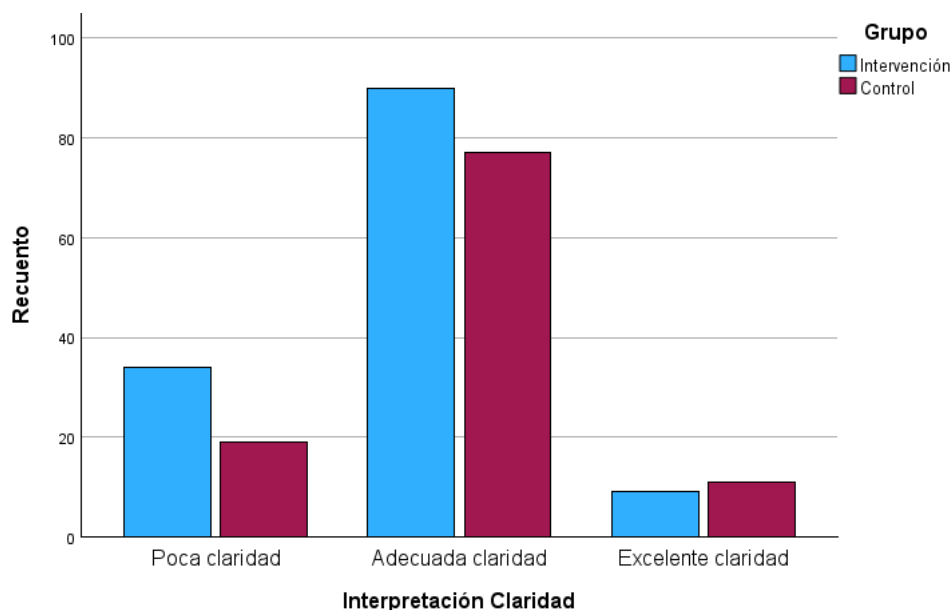


Figura 18. Diagrama de barras de las categorías de la claridad emocional por grupos.

5.2.2.3. Reparación emocional

Se observaron niveles adecuados de reparación en la mayoría de los participantes. Los datos recogidos indicaban que la media de reparación se encontraba dentro del rango considerado adecuado, con una media de $28,65 \pm 5,41$ para hombres y $26,94 \pm 5,56$ para mujeres.

En cuanto a los diferentes grupos, las medias se situaron en el nivel de normalidad para clasificarse adecuadamente regulados, como se muestra en la Figura 19. Además, se realizó la prueba t para la igualdad de medias entre el grupo de control y el de intervención, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,321$).

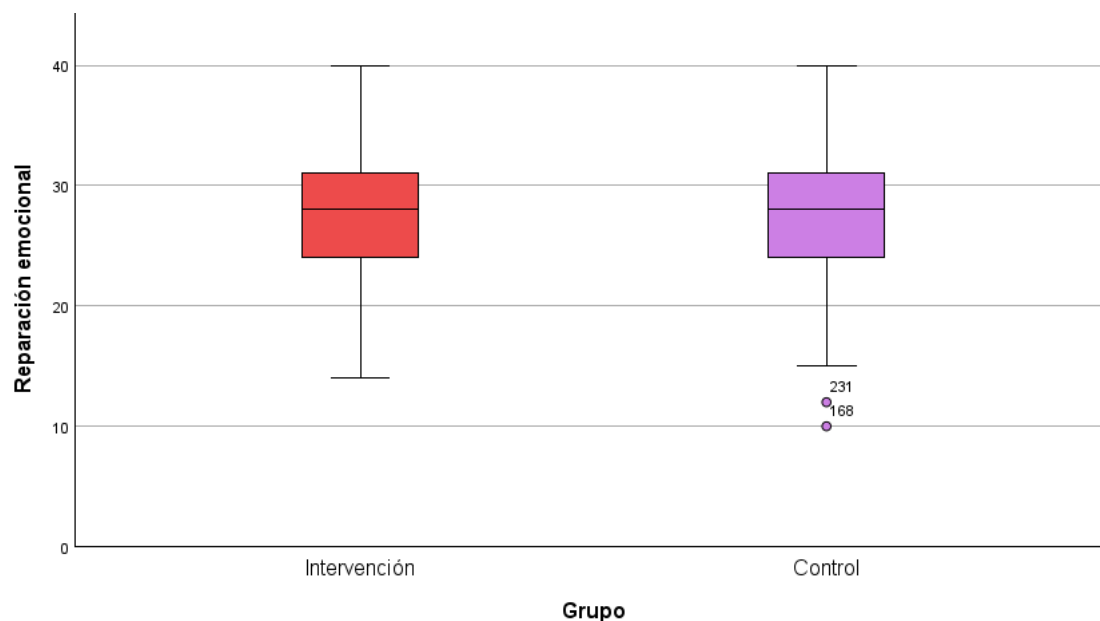


Figura 19. Diagrama de cajas de la reparación emocional categorizadas por grupos.

Se llevó a cabo la clasificación de la muestra según su nivel de reparación para analizar la distribución de participantes en términos de si mostraban una IE poco, adecuada o excelentemente regulada (Figura 20). En el grupo de control, de los 107 participantes, 82 (76,6%) se consideraron adecuadamente regulados en sus emociones, mientras que 18 (16,8%) y 6 (5,6%) se categorizaron como poco o excelentemente regulados, respectivamente. Respecto al grupo de intervención, de los 133 encuestados, 102 se encontraron dentro de los límites para considerar que su reparación era adecuada (76,7%). Por otro lado, 25 estudiantes (18,8%) se clasificó como poco regulados y 6 (4,5%) como excelentemente regulados.

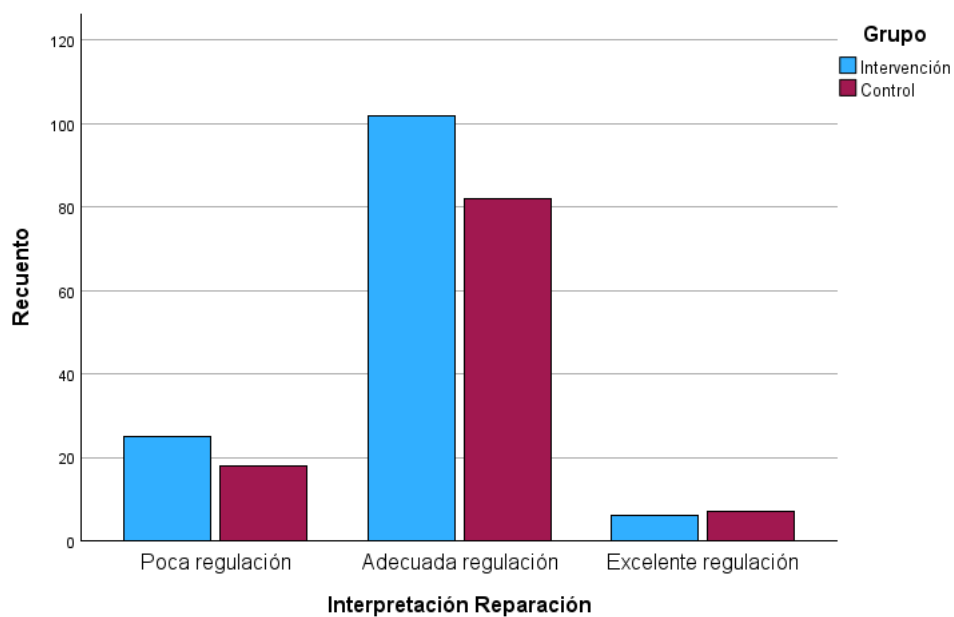


Figura 20. Diagrama de barras de las categorías de la reparación emocional por grupos.

5.2.3. Relación entre el miedo a la muerte y la inteligencia emocional

Se procedió a estudiar la correlación existente entre el miedo a la muerte y las distintas dimensiones de la IE tal y como se muestra en la Tabla 9. Para ello se estudiaron ambos grupos como una muestra general sin distinguir entre control e intervención.

		MPM	MPPM	MMO	MPMO	Atención	Claridad
MPPM	Correlación de Pearson	0,729	--				
	Sig. (bilateral)	< 0,001					
MMO	Correlación de Pearson	0,443	0,510	--			
	Sig. (bilateral)	< 0,001	< 0,001				
MPMO	Correlación de Pearson	0,453	0,526	0,747	--		
	Sig. (bilateral)	< 0,001	< 0,001	< 0,001			
Atención	Correlación de Pearson	0,306	0,247	0,247	0,251	--	
	Sig. (bilateral)	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001		
Claridad	Correlación de Pearson	-0,093	-0,110	-0,170	-0,122	0,190	--
	Sig. (bilateral)	0,152	0,090	0,080	0,060	0,003	
Reparación	Correlación de Pearson	-0,051	-0,012	-0,079	-0,097	0,010	0,449
	Sig. (bilateral)	0,429	0,856	0,222	0,133	0,877	< 0,001

Tabla 9. Correlaciones entre las dimensiones del miedo a la muerte y las dimensiones de la IE.

Como se puede observar, las distintas escalas del miedo a la muerte correlacionaron de significativamente de forma general entre todas con una tendencia entre moderado y fuerte. El MPM correlaciona fuertemente con el MPPM ($r = 0,729$; $p < 0,001$) y moderadamente con el MMO ($r = 0,443$; $p < 0,001$) y el MPMP ($r = 0,453$; $p < 0,001$). Por su parte, el MPPM exhibía un nivel de correlación moderada con el MMO ($r = 0,510$; $p < 0,001$) y el MPMO ($r = 0,526$; $p < 0,001$). Finalmente, el MMO y el MPMO presentaron un nivel de correlación fuerte y significativo entre ambas dimensiones ($r = 0,747$; $p < 0,001$).

No seguían esta misma tendencia las distintas dimensiones de la IE donde sólo encontramos correlación moderada y significativa entre la reparación y la claridad emocional ($r = 0,449$; $p < 0,001$). Entre las variables atención emocional y claridad se observó cierta

tendencia débil de correlación pero significativa ($r = 0,190$; $p = 0,003$). Por el contrario, la atención emocional y la reparación emocional no mostraron ninguna tendencia.

Al interrelacionar el miedo a la muerte y la IE, pudimos observar un nivel de correlación significativa entre las distintas dimensiones de la atención emocional y el miedo a la muerte: MPM ($r = 0,306$; $p < 0,001$), MPPM ($r = 0,247$; $p < 0,001$), MMO ($r = 0,247$; $p < 0,001$) y MPMO ($r = 0,251$; $p < 0,001$). Estos datos se pueden observar de manera gráfica en la Figura 21. No se encontraron estas correlaciones con las otras dos dimensiones de la IE.

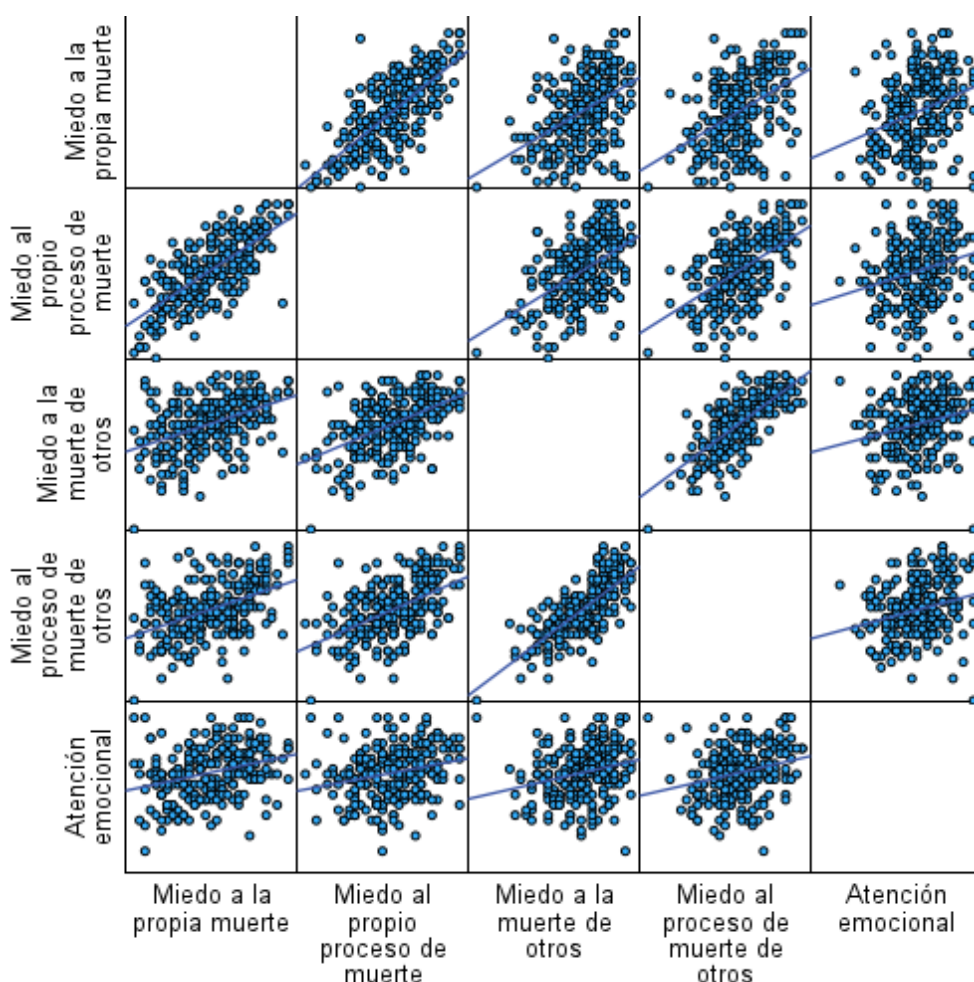


Figura 21. Dispersión matricial de las dimensiones del miedo a la muerte y la atención emocional.

5.3. Estudio pre y post intervención en relación a los niveles de burnout y capacidad de afrontamiento de la muestra

5.3.1. Burnout

En cuanto a los niveles de burnout, se realizó un estudio de la diferencia de medias entre los estudiantes que recibieron una formación a través de simulación clínica y la clase tradicional.

En las dimensiones del MBI-SS se obtuvieron diferentes datos para los distintos momentos estudiados: antes de la intervención (T0) y después de la intervención (T1) tal y como se muestra en la Tabla 10.

Subescalas	Grupo de intervención (Media ± DE)			Grupo control (Media ± DE)		
	T0	T1	Significación	T0	T1	Significación
Agotamiento	3,54 ± 0,53	2,67 ± 0,57	p < 0,001	3,61 ± 0,45	3,45 ± 1,09	p = 0,092
Cinismo	1,92 ± 0,89	1,38 ± 0,29	p < 0,001	1,92 ± 0,76	1,91 ± 0,86	p = 0,448
Realización personal	3,60 ± 0,64	4,38 ± 0,25	p < 0,001	3,60 ± 0,66	3,59 ± 0,74	p = 0,484

Tabla 10. Descriptivos y pruebas t de muestras apareadas de las dimensiones MBI-SS en T0 y T1 categorizada por grupos.

Tal y como se puede observar, en la muestra del grupo de intervención la media inicial de agotamiento fue de 3,54 ± 0,53. Tras participar en la simulación, se redujo la media de este grupo a 2,67 ± 0,57.

En cuanto a los niveles de cinismo, la muestra inicia la fase preinterventiva con una media de 1,92 ± 0,89 y, tras la intervención, esta media se redujo hasta 1,38 ± 0,29.

El último par estudiado es el de la realización personal, donde la muestra comenzó con una media de $3,60 \pm 0,64$; y acabó mostrando un aumento de media hasta $4,38 \pm 0,25$.

Seguidamente, se estudió si esta diferencia de media era estadísticamente significativa en los distintos pares. Para ello, se llevó a cabo la prueba t para muestras apareadas.

La dimensión agotamiento presentó una diferencia de medias entre el primer y segundo momento de 0,87, con un nivel significativo según la prueba t ($p < 0,001$). En el caso del cinismo, la diferencia de media fue también significativo ($p < 0,001$) con una diferencia entre T0 y T1 de 0,54.

La última dimensión, realización personal, mejoró la media en - 0,78 con unos resultados de la prueba también significativos ($p < 0,001$).

En el caso del grupo control, como se puede apreciar, mostraba una media inicial de agotamiento de $3,61 \pm 0,45$ y, después de la intervención, esta media se redujo a $3,45 \pm 1,09$.

En cuanto a los niveles de cinismo, la muestra comenzó la fase preintervención con una media de $1,92 \pm 0,76$ y, tras la intervención, este promedio fue de $1,91 \pm 0,86$.

Para el último par estudiado, la realización personal, la muestra inicialmente presentaba una media de $3,60 \pm 0,66$; posteriormente, se observó una ínfima reducción en la media hasta $3,59 \pm 0,74$.

Posteriormente, se evaluó si estas diferencias de medias eran estadísticamente significativas en los distintos pares del grupo control, empleando la prueba t para muestras apareadas.

La dimensión de agotamiento mostraron una diferencia de medias entre el primer y segundo momento de 0,16, con un nivel no significativo según la prueba t de muestras apareadas ($p = 0,092$). En el caso del cinismo, la diferencia de medias tampoco fue significativo ($p = 0,448$), con una diferencia entre T0 y T1 de 0,01.

La última dimensión, realización personal, mostró un ligero aumento de la media de 0,01, con resultados de la prueba tampoco significativos ($p = 0,484$).

Todos estos datos se pueden observar por dimensiones en las Figuras 22-24.

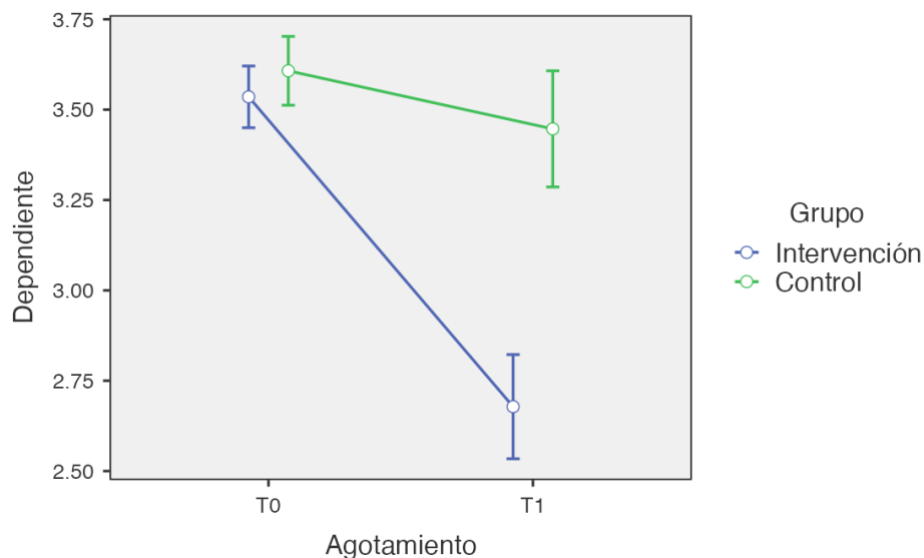


Figura 22. Gráfico de perfiles de la dimensión agotamiento en T0 y T1 de ambos grupos.

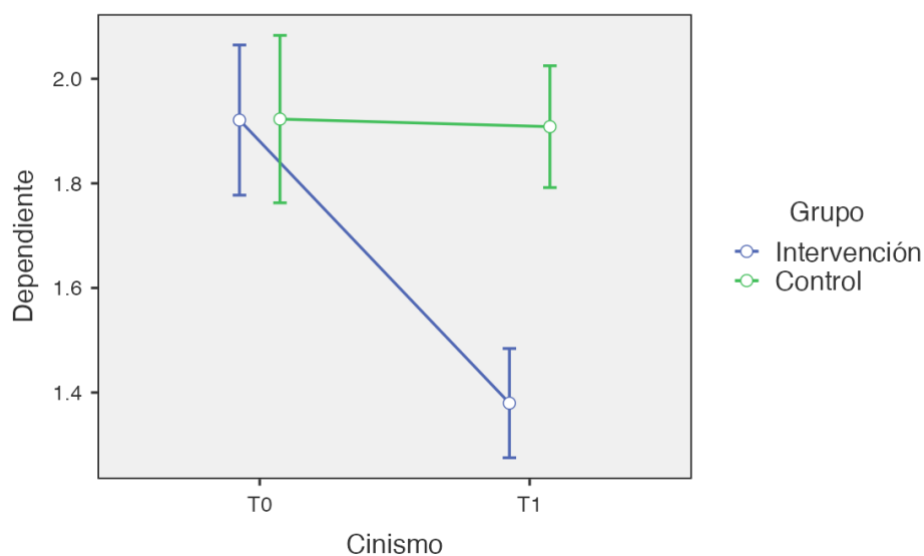


Figura 23. Gráfico de perfiles de la dimensión cinismo en T0 y T1 de ambos grupos.

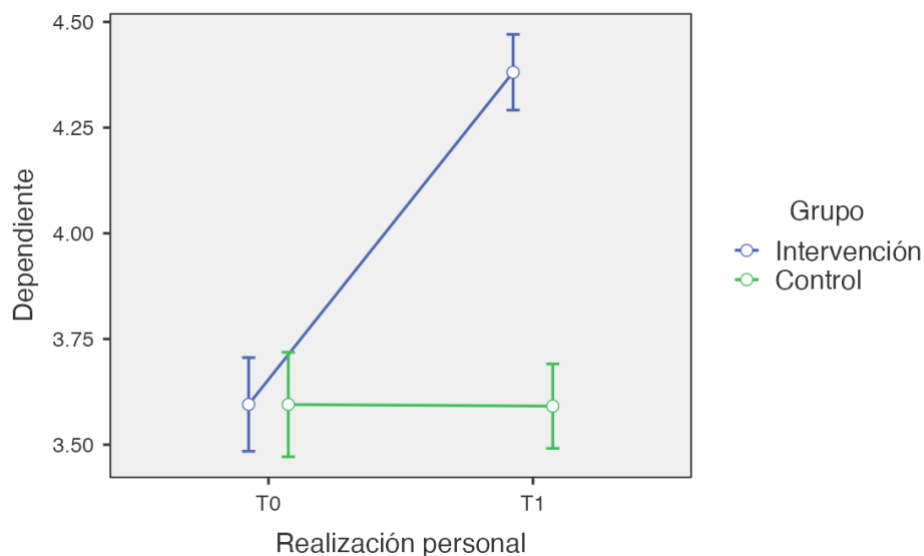


Figura 24. Gráfico de perfiles de la dimensión realización personal en T0 y T1 de ambos grupos.

5.3.2. Afrontamiento a la muerte

En relación a la capacidad de afrontamiento, se llevó a cabo un estudio comparativo de la diferencia de medias entre los estudiantes que recibieron formación a través de simulación clínica y aquellos que recibieron la enseñanza de manera tradicional en clase (Tabla 11).

Grupo de intervención (Media ± DE)			Grupo control (Media ± DE)		
T0	T1	Significación	T0	T1	Significación
109,16 ± 18,48	132,35 ± 20,47	p < 0,001	109,34 ± 23,25	118,94 ± 24,40	p < 0,001

Tabla 11. Descriptivos y pruebas t de muestras apareadas del CDS pre y post intervenciones categorizada por grupos.

En cuanto al grupo intervención, presentaba una media inicial en T0 de $109,16 \pm 18,48$. Tras la experiencia de aprendizaje basada en simulación aumentó hasta una media de $132,35 \pm 20,47$.

El grupo control, por su parte, inició el procedimiento con una media de $109,34 \pm 23,25$ que acabó tras la medición T1 después de la clase tradicional en $118,94 \pm 24,40$.

Posteriormente, se evaluó si estas diferencias de medias eran estadísticamente significativas en los distintos grupos, empleando la prueba t para muestras apareadas.

El grupo intervención mostró una reducción de la media entre el primer y el segundo momento de mediciones de $-23,19$ con un nivel significativo basado en la prueba de muestras apareadas ($p < 0,001$). En cuanto al grupo control, la muestra también demostró mejorar su media aunque este caso menor, de $-9,60$, lo que fue estadísticamente significativo ($p < 0,001$).

Teniendo en cuenta que en ambos casos la diferencia de medias fue perceptiblemente significativa, se realizó un estudio de las diferencias de medias obtenidos en ambos grupos realizando el test ANOVA de medidas repetidas para estudiar si la diferencia de crecimiento de los distintos grupos era significativo.

La diferencia de medias que detectó esta prueba de $13,59$ entre el grupo de intervención y el control (Figura 25), siendo la media de este primer grupo mayor que la del segundo, obtuvo un resultado muy significativo ($p < 0,001$).

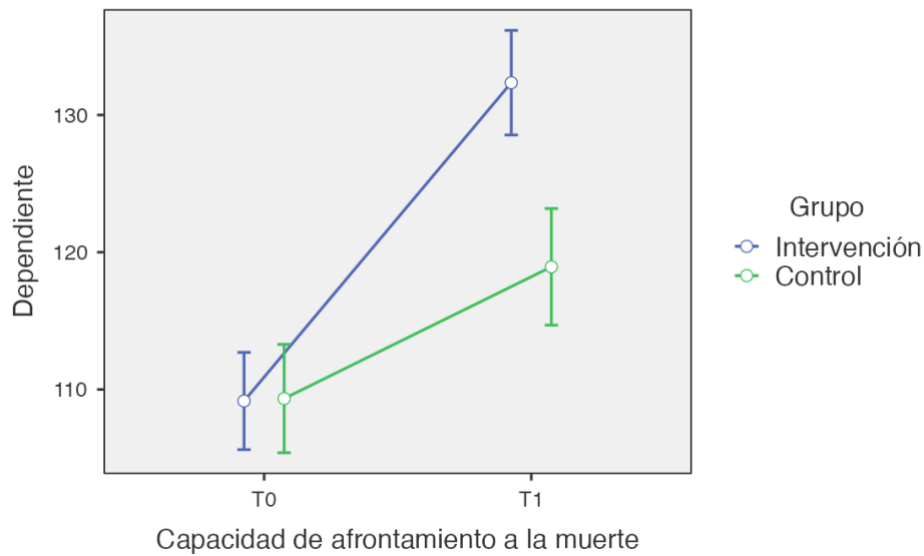


Figura 25. Gráfico de perfiles del CDS en T0 y T1 de ambos grupos.

5.4. Estudio post intervención tras la participación en experiencias de aprendizaje basadas en simulación

5.4.1. Competencias en comunicación

Para medir las competencias en comunicación se utilizó la RDHC durante y después de la intervención.

Los resultados mostraron que el rendimiento de la simulación tuvo una media de $40,94 \pm 6,65$. Los puntajes registrados iban desde un mínimo de 33 hasta un máximo de 55. Estos datos se pueden observar en la Figura 26.

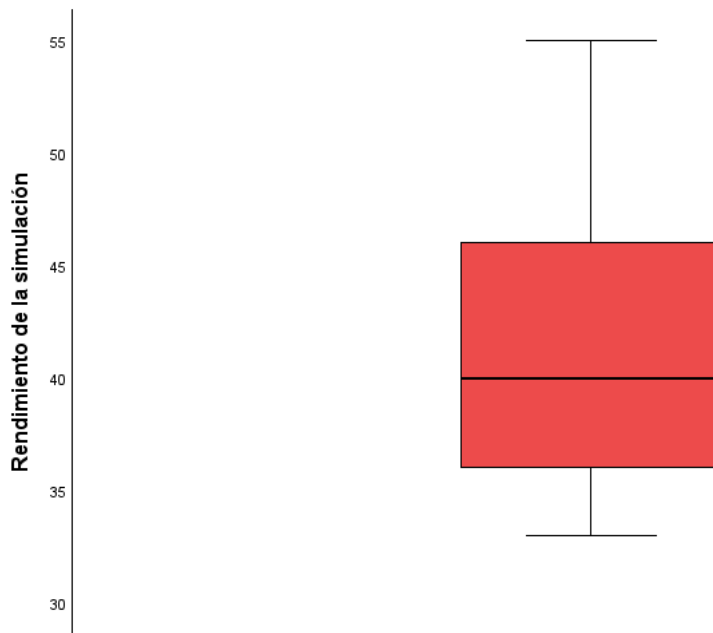


Figura 26. Diagrama de cajas del rendimiento de la simulación (briefing).

En cuanto a la evaluación del debriefing, la media fue de $17,99 \pm 2,23$. Los puntajes en esta variable variaron entre un mínimo de 12 y un máximo de 20. Estos datos se pueden observar en la Figura 27.

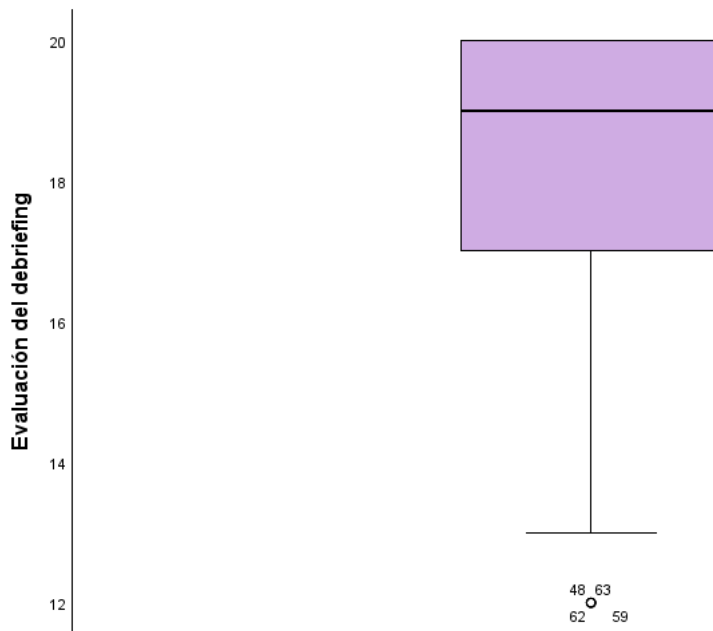


Figura 27. Diagrama de cajas de la evaluación del debriefing.

5.4.2. Satisfacción con la simulación clínica.

Los datos reflejan la percepción de los participantes en relación con diferentes aspectos de la simulación clínica medidos a través de la escala ESSAF (Tabla 12).

Ítems	Media ± DE
Las instalaciones y los equipos han sido reales	4,35 ± 0,77
Los objetivos de los casos han sido reales	4,62 ± 0,73
Los casos recreaban situaciones reales	4,69 ± 0,65
El tiempo para cada caso de simulación ha sido adecuado	4,68 ± 0,56
El grado de dificultad de los casos ha sido adecuado a mis conocimientos	4,37 ± 0,84
Me he sentido cómodo y respetado durante las sesiones	4,52 ± 0,82
La simulación es útil para evaluar la situación clínica de un paciente	4,50 ± 0,77
Con las prácticas en simulación aprendes a no cometer errores	4,59 ± 0,64
La simulación me ha ayudado a establecer prioridades de actuación	4,33 ± 0,89
La simulación ha mejorado mi capacidad de proporcionar cuidados a mis pacientes	4,50 ± 0,74
La simulación me ha hecho reflexionar con respecto a mis próximas prácticas clínicas	4,53 ± 0,89
Con la simulación mejora la comunicación y la capacidad de trabajo con el equipo	4,59 ± 0,77
La simulación me ha hecho sentirme más preocupado/angustiado con respecto a las competencias que tiene que tener una enfermera	3,62 ± 1,27
La simulación es beneficiosa pues relaciona la teoría con la práctica	4,53 ± 0,76
La simulación nos ha permitido planificar el cuidado de los pacientes con eficacia	4,11 ± 0,96
He mejorado mis habilidades técnicas	3,81 ± 1,12
He reforzado el razonamiento crítico y la toma de decisiones	4,26 ± 0,86
La simulación me ha ayudado a valorar el estado del paciente	4,44 ± 0,76
Esta experiencia me ha ayudado a priorizar los cuidados	4,25 ± 0,92
La simulación promueve la confianza en uno mismo	4,32 ± 0,93
Me permite mejorar la comunicación con el equipo	4,50 ± 0,85
Me permite mejorar la comunicación con la familia	4,07 ± 1,12
Me permite mejorar la comunicación con el paciente	4,56 ± 0,79

Tabla 12. Descriptivo de los ítems que componen la ESSAF.

Este tipo de práctica ha aumentado mi seguridad	4,00 ± 0,92
He perdido la calma durante alguno de los casos	2,42 ± 1,37
La interacción con la simulación ha mejorado mi competencia clínica	4,11 ± 0,89
El profesor se ha encargado de hacer retroalimentación constructiva después de cada sesión de simulación	4,70 ± 0,73
El análisis (debriefing) al final de la sesión me ha ayudado a la reflexión de los casos	4,65 ± 0,64
El análisis (debriefing) al final de la sesión me ha ayudado a corregir los errores	4,59 ± 0,78
Sabía la parte teórica de los casos	4,43 ± 0,80
He aprendido de los errores que cometí durante la simulación	4,61 ± 0,79
Utilidad práctica	4,61 ± 0,73
Satisfacción general de las sesiones	4,65 ± 0,68

Tabla 12 (*cont.*). Descriptivo de los ítems que componen la ESSAF.

En primer lugar, se observó de manera general que la percepción del estudiantado en cuanto a las sesiones de simulación clínica fue satisfactoria puesto que casi todos los ítems superaron la media de 4,00.

Existen, por el contrario, ciertas afirmaciones con las que el alumnado no parecía estar tan de acuerdo.

Algunos participantes expresaron sentirse más preocupados o angustiados acerca de las competencias necesarias para ser un profesional de enfermería, con una media de $3,62 \pm 1,27$. Además, la mejora de habilidades técnicas recibió una calificación ligeramente más baja que la media global, con un promedio de $3,81 \pm 1,12$.

Por último, siguiendo con el descriptivo de los datos proporcionados, algunos participantes reportaron haber perdido la calma durante alguno de los casos, con una media de $2,42 \pm 1,37$.

El último ítem de esta escala mostró la satisfacción general de los participantes con las sesiones de simulación clínica. La media de satisfacción general fue de $4,65 \pm 0,68$.

La escala ESSAF, además de hacer una valoración por ítems, nos permite sacar un promedio general de la satisfacción de la simulación clínica de alta fidelidad. En este caso, la media de los encuestados, todos ellos del grupo intervención, fue de $4,33 \pm 0,56$. Estos datos se pueden observar en la Figura 28.

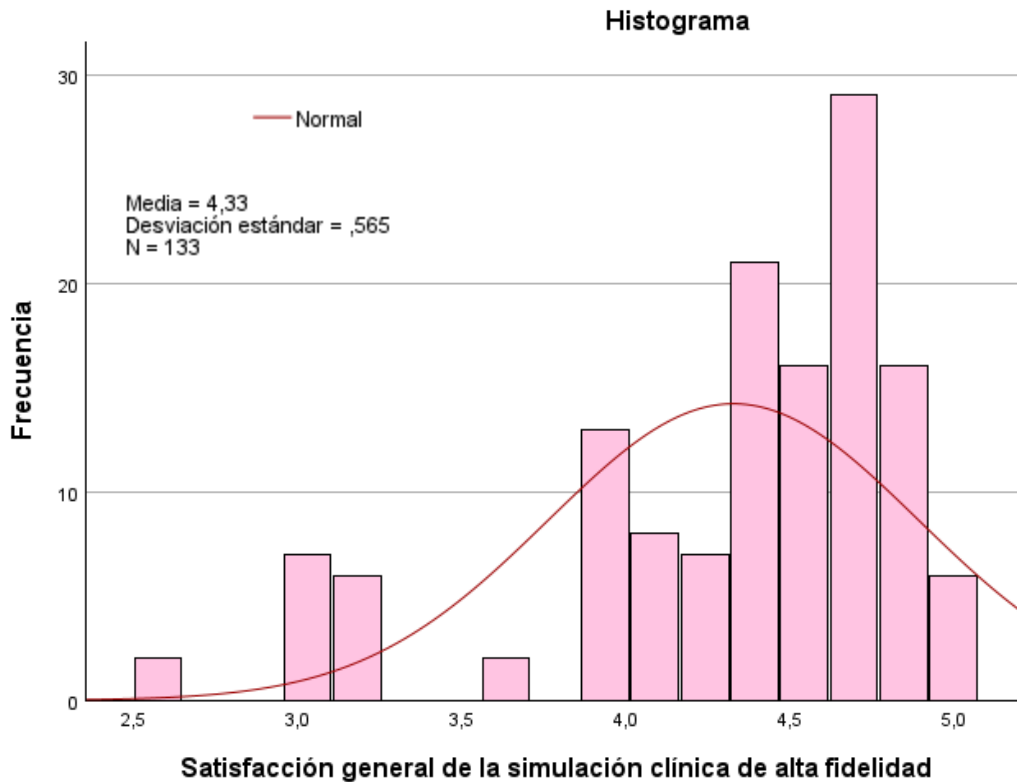


Figura 28. Histograma de de la satisfacción general de la simulación clínica de alta fidelidad.

5.4.3. Relación entre las competencias comunicativas autopercibidas y las evaluadas durante la etapa del briefing

Se estudió la relación entre los ítems de auto percepción de mejora en la comunicación de la ESSAF y las competencias comunicativas medidas por el instructor durante el desarrollo del briefing. Para ello se tienen en cuenta los ítems 21-23 de la ESSAF en comparación con los ítems

1-11 del RDHC. El objetivo de este análisis es evidenciar si existe mejora de las competencias comunicativas en el estudiantado desde las perspectivas estudiantiles y docentes.

En cuanto a lo que las competencias comunicativas tiene que ver, se realizó un estudio de correlación entre lo que el estudiantado percibió que mejoraba en cuanto a sus competencias comunicativas en relación con la comunicación con el equipo, la familia y el paciente; y las evaluadas a través de la rúbrica por el instructor durante los ejercicios simulados. La media del sumatorio de los tres ítems de la ESSAF fue de $10,98 \pm 2,23$. Los datos de la RDHC ya han sido comentados anteriormente. Se realizó el análisis de correlaciones r de Pearson con un valor de 0,915 ($p < 0,001$). Los datos pueden observarse en la Figura 29. Como se muestra, la autopercepción de la mejora en competencias comunicativas correlaciona con la percepción por parte de los instructores al hacer las evaluaciones aptitudinales.

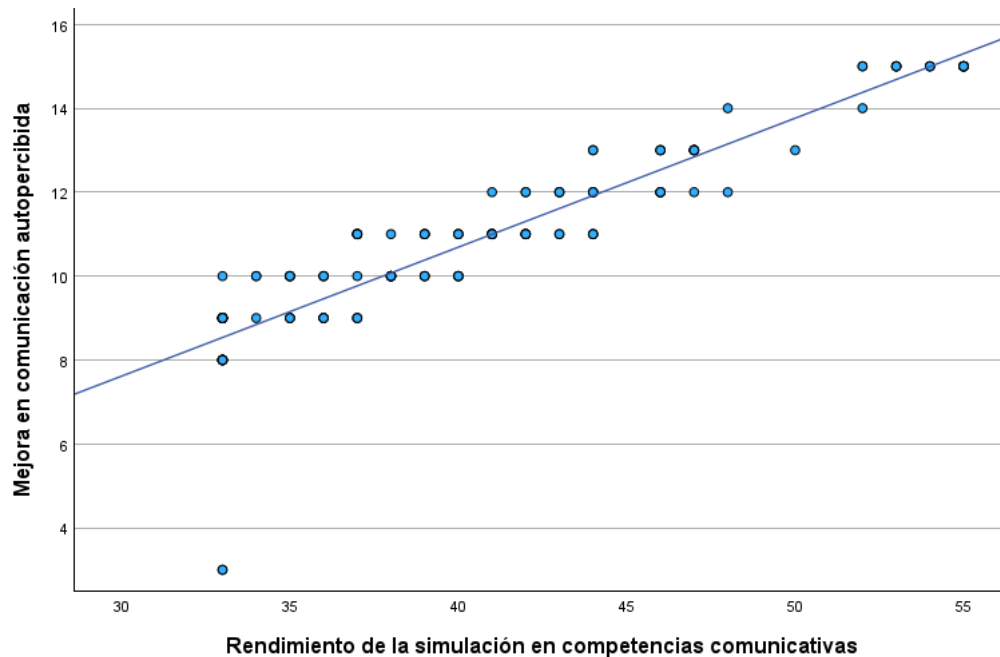


Figura 29. Gráfico de dispersión de la comunicación autopercebida por el alumnado y el rendimiento en simulación evaluado por el instructor.

5.4.4. Relación entre las competencias autopercibidas y las evaluadas durante la etapa del debriefing

Se examinó la relación entre la evaluación del debriefing, evaluado por el instructor en la RDHC, y los ítems de autopercpción de la etapa en los distintos ítems referente a la misma de la ESSAF. Se consideraron específicamente los ítems del 27 al 29 de la ESSAF en comparación con los ítems 12 al 15 del RDHC. El objetivo de este análisis fue evidenciar la funcionalidad del debriefing desde las perspectivas estudiantiles y docentes.

En relación con el debriefing, se llevó a cabo un análisis de correlación para examinar la percepción del estudiantado sobre cuán provechoso es autopercibido el debriefing, en comparación con los datos recabados por el instructor durante esta etapa. La media del sumatorio de los tres ítems de la ESSAF fue de $13,94 \pm 1,85$. Los detalles de los datos de RDHC se han expuesto previamente. El análisis de correlación de Pearson reveló un coeficiente de 0,889 ($p < 0,001$). Los resultados se presentan en la Figura 30. Como se puede observar, la autopercpción de la mejora a través del debriefing se relaciona con la percepción por parte del instructor al hacer las evaluaciones competenciales.

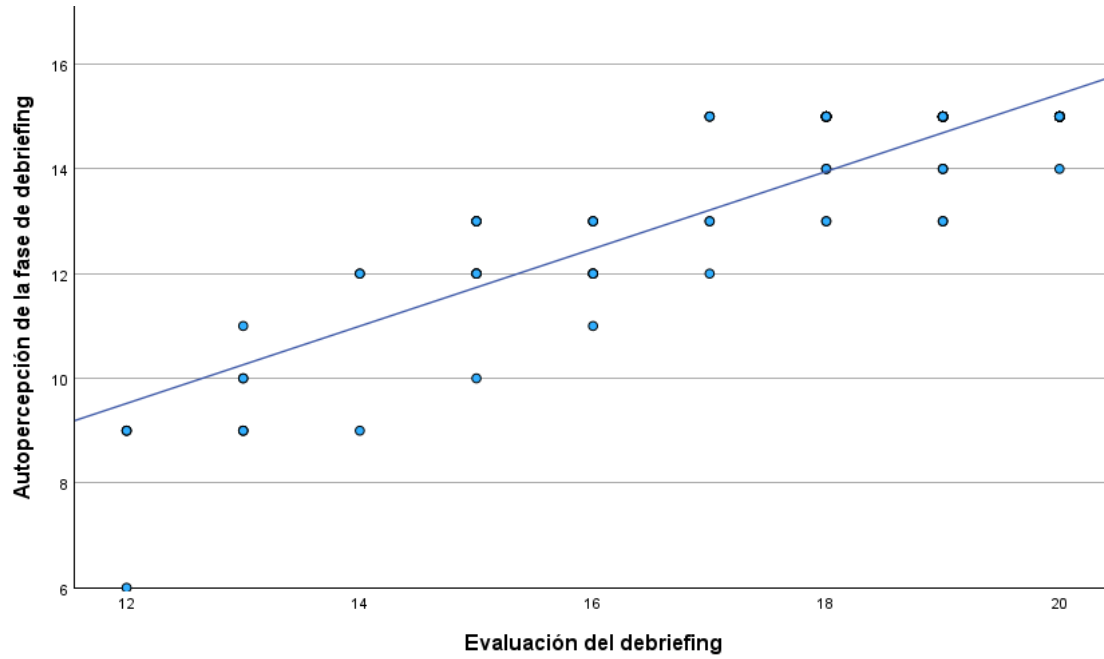


Figura 30. Gráfico de dispersión de la fase de debriefing autopercebida por el alumnado y el rendimiento en simulación evaluado por el instructor.

Sección 6

DISCUSIÓN

6. Discusión

6.1. Relación entre el miedo a la muerte y el nivel de inteligencia emocional

En primer lugar, fue necesario analizar mediante un diseño transversal si el miedo a la muerte y la IE son de hecho una preocupación entre los estudiantes de enfermería. Esto era necesario para determinar si la muestra era adecuada para iniciar el proceso de aprendizaje, puesto que se ha demostrado que el miedo a la muerte en exceso imposibilita la formación en cuanto a su capacitación de afrontamiento (Sanchis Fernandez, 2017).

6.1.1. Miedo a la muerte

Desde una perspectiva general del miedo a la muerte, nuestro estudio evidencia datos en consonancia con los de otros realizados en estudiantado de enfermería (Y. C. Chen et al., 2006; Gomez et al., 1991; Maritza Espinoza & Olivia Sanhueza, 2012). Aunque en algunos casos los valores promedios difieran, si que se encuentran dentro de la categoría de moderado miedo a la muerte (Almeida-Santos et al., 2022; Fernández-Martínez et al., 2021; Mondragón-Sánchez et al., 2015; Venegas et al., 2011).

La media general de los encuestados en las distintas subescalas, proporciona una medida sobre la intensidad del miedo a la muerte en la muestra estudiada (Kastenbaum, 2000). Este hecho es consistente con la comprensión contemporánea del miedo a la muerte como un constructo multidimensional que puede ser influenciado por una variedad de factores, incluidos los antecedentes culturales, las experiencias personales y las creencias filosóficas (Arndt et al., 2006; Hernández Hernández et al., 2024; Kastenbaum, 2018; Menzies et al., 2018). Estos factores no se han tenido en cuenta en el presente estudio.

Con respecto a la primera de las subescalas, el MPM, los datos recopilados revelan un patrón interesante en relación con los niveles de miedo a la muerte dentro de ambos grupos. La observación de que la mayoría del estudiantado exhibe niveles moderados y altos de miedo a su propia muerte subraya la importancia de este tema en la salud mental (Solomon, 2020).

Estos resultados están en línea con estudios previos que han demostrado que el miedo a la muerte es una preocupación común en la población general, independientemente de factores como la edad, el género o la cultura (Zuccala et al., 2022).

Esto tiene implicaciones importantes para la práctica clínica y la investigación en ciencias de la salud, destacando la necesidad de abordar el miedo a la muerte como un aspecto fundamental de la experiencia y respuesta humana (Lehto & Stein, 2009).

En cuanto al MPPM, los datos recabados proporcionan una perspectiva considerable sobre los niveles de temor hacia el propio proceso de muerte entre los participantes de ambos grupos. La observación de que la mayoría de los participantes muestran niveles moderados y elevados de temor hacia su propia muerte sugiere la presencia de una preocupación generalizada en torno a este tema. Esto concuerda con investigaciones previas que han destacado el temor a la muerte como una preocupación inherente del ser humano (Rezapour, 2022).

Al analizar los datos recopilados sobre el MMO de manera general entre ambos grupos, se revela un patrón consistente de temor hacia la muerte de otros entre los participantes. Este hecho constata la existencia de una inquietud extendida en este aspecto. Estos resultados son consistentes con la literatura previa que ha destacado el temor hacia la muerte de otros como una preocupación significativa propia del ser humano (Tannenbaum et al., 2015).

El análisis de los datos recopilados del MPMO destaca la magnitud del miedo hacia el propio proceso de muerte entre los participantes de ambos grupos. La mayoría de los individuos exhiben niveles moderados y altos de este temor, lo que destaca su relevancia como una preocupación prominente en la psicología humana contemporánea (Fernández-Martínez et al.,

2021). Este hecho sugiere que, además de preocuparse por su propia mortalidad, los participantes también muestran una sensibilidad considerable hacia el proceso de muerte de los demás, lo que refleja una preocupación compartida en torno a este hecho (Cybulska et al., 2022).

6.1.2. Inteligencia emocional

La IE se refiere a la habilidad para comprender, manejar y reconocer las propias emociones y las de los demás. El TMMS-24 es una herramienta que evalúa la IE, dividiéndola en tres subescalas: percepción, comprensión y regulación de las emociones. Estas subescalas ofrecen una visión detallada de cómo las personas interactúan con sus emociones en diferentes situaciones, siendo crucial para el bienestar personal y las relaciones interpersonales (Salovey et al., 1995).

El análisis según su nivel de atención ofrece una visión de cómo se distribuyen los participantes en función de su capacidad para prestar atención a sus emociones. La mayoría de los participantes, específicamente el 81,3%, son considerados como adecuadamente atentos a sus emociones. Esto sugiere que la mayoría de los individuos tienen la capacidad de reconocer y procesar sus emociones de forma efectiva (Gonzalez et al., 2020). Sin embargo, es importante destacar que un 9,5% se categorizó como poco atento y un 9,2% como demasiado atento.

Es esencial reconocer la importancia de obtener estos datos dentro del contexto de estudiantes de enfermería. Este alumnado ocupa una posición importante en el sistema de atención sociosanitaria, enfrentándose a situaciones emocionalmente desafiantes y estresantes en su práctica profesional (Amsrud et al., 2019). Por lo tanto, comprender su nivel de atención emocional es fundamental por varias razones. En primer lugar, la calidad del cuidado al paciente puede estar directamente influenciada por la capacidad de los estudiantes para reconocer y gestionar sus propias emociones, lo que puede mejorar la experiencia del paciente y los resultados

de salud (Sanchis-Giménez et al., 2023). Además, la atención emocional está estrechamente relacionada con la resiliencia y el bienestar, lo que puede ayudar a reducir el estrés y prevenir el agotamiento emocional (Kwame & Petrucka, 2021). Por último, entender el nivel de atención emocional en esta muestra puede orientar el desarrollo profesional continuo y mejorar las prácticas educativas en el campo de la enfermería, contribuyendo así a la mejora del sistema de atención en su conjunto (Dou et al., 2022; Poorchangizi et al., 2019; Zulu et al., 2021).

Atendiendo a la segunda dimensión de la IE, es decir, su nivel de claridad emocional, se revela una distribución similar entre los participantes de ambos grupos. La mayoría de los participantes, representando el 69,6% de la muestra total, se consideraron adecuadamente claros en relación con sus emociones. Esto sugiere que la mayoría de los individuos tienen la capacidad de reconocer y comprender sus emociones de manera efectiva (Gonzalez et al., 2020). Sin embargo, también se identifican participantes con niveles subóptimos o excepcionalmente altos de claridad emocional. Un 22,1% de la muestra se clasificó como poco claros y un 8,3% como excelentemente claros. Estos resultados indican que, independientemente del grupo al que pertenezcan, existe una variedad de niveles de claridad emocional entre los participantes.

Dentro del contexto específico de estudiantes de enfermería, estos datos tienen una especial relevancia. Los futuros profesionales de la salud desempeñan un papel esencial en el cuidado y la atención de los pacientes, interactuando con ellos en situaciones emocionalmente intensas y complejas. En este contexto, comprender el nivel de claridad emocional es destacable por varios motivos. Inicialmente, la capacidad de los estudiantes de enfermería para reconocer y comprender sus propias emociones influye directamente en la calidad del cuidado que brindan a los pacientes. Una mayor claridad emocional les permite responder de manera más empática y efectiva a las necesidades emocionales de los pacientes, lo que puede mejorar significativamente la experiencia y los resultados del paciente (Xu et al., 2023). Además, la claridad emocional está íntimamente ligada a la salud mental del estudiantado. Una mayor comprensión de las propias

emociones puede ayudarles a manejar mejor el estrés, prevenir el agotamiento y promover un mayor bienestar en su vida académica y profesional (Reverté-Villarroya et al., 2021). En último término, obtener información sobre el nivel de claridad emocional del estudiantado puede orientar el desarrollo profesional continuo y la capacitación (Giménez-Espert et al., 2023). Identificar áreas de mejora en la comprensión emocional puede permitir la implementación de programas de formación específicos destinados a fortalecer estas habilidades y preparar al alumnado para los desafíos emocionales que enfrentarán en su carrera (Ghasemi et al., 2020), lo cual se encuentra en línea con los objetivos del proyecto.

Finalmente, al clasificar la muestra general según su nivel de reparación emocional, se evidencia una distribución similar entre los participantes de ambos grupos. La mayoría de los participantes, representando el 76,7% de la muestra total, se consideraron adecuadamente regulados en sus emociones. Esto sugiere que la mayoría de los individuos tienen la capacidad de gestionar sus emociones de manera efectiva y adaptativa (Gonzalez et al., 2020).

Sin embargo, también se identifican participantes con niveles subóptimos o excepcionalmente altos de reparación emocional. Un 17,9% de la muestra se clasificó como poco regulados y un 5,4% como excelentemente regulados.

Como se ha dicho anteriormente, el estudiantado de ciencias de la salud desempeña un papel muy relevante en el cuidado y la atención de los pacientes, enfrentándose a situaciones emocionalmente intensas y complejas en su práctica clínica. Por lo tanto, deben destacarse varios aspectos con el fin de comprender su nivel de reparación emocional. Para empezar, la capacidad de los estudiantes de enfermería para regular sus propias emociones es necesario para proporcionar un cuidado de calidad a los pacientes (Şenyuva et al., 2014). Una reparación emocional efectiva les permite manejar el estrés y responder de manera empática a las necesidades emocionales de los pacientes, lo que contribuye a una experiencia más positiva y a mejores resultados de salud (Moudatsou et al., 2020). Además, se relaciona esta dimensión con el bienestar

psicológico y emocional del alumnado (S. Chen et al., 2022; Zhu et al., 2021). Un mayor nivel de habilidades de reparación emocional puede ayudarles a manejar mejor el estrés y el agotamiento asociados con su formación y práctica clínica, promoviendo así un mayor bienestar en su vida académica y profesional (Cao et al., 2022; Peña-Sarrionandia et al., 2015). Por último, obtener información sobre el nivel de reparación emocional del alumnado puede orientar su desarrollo profesional continuo, permitiendo la implementación de programas de capacitación específicos diseñados para fortalecer estas habilidades y preparar a los estudiantes para los desafíos emocionales que enfrentarán en su carrera profesional (Dugué et al., 2021; Kaya et al., 2017; Wakefield et al., 2021).

Como se puede observar en los datos recogidos, nuestros estudiantes cumplen los requisitos emocionales para poder trabajar con la capacidad de afrontamiento a la muerte, tanto en cuanto a favorecer su resiliencia y humanización de los cuidados se refiere (Toscano-Hermoso et al., 2020). Estos además, coinciden con los divulgados por otros autores en estudios similares que utilizaron la misma herramienta de medición (Del Carmen Giménez-Espert & Prado-Gascó, 2017; Espinoza-Venegas et al., 2015; Giménez-Espert et al., 2019), u otros que utilizaron otras herramientas validadas con los mismos componentes (Budler et al., 2022).

6.1.3. Asociación entre el miedo a la muerte y el nivel inteligencia emocional

Los datos presentados muestran una relación significativa entre el miedo a la muerte y ciertas dimensiones de la IE. Al explorar los datos de BFDS y del TMMS-24, se observa correlación significativa entre la atención emocional y las diferentes dimensiones del miedo a la muerte. Esto sugiere que aquellos con un mayor nivel de atención emocional tienden a

experimentar niveles más altos de miedo a la muerte lo cual es consistente con estudios previos sobre el tema (Bailey et al., 2011; Maritza Espinoza & Olivia Sanhueza, 2012).

La relación entre el miedo a la muerte y la IE es compleja y multifacética, y puede estar influenciada por una variedad de factores adicionales (Grogans et al., 2023) no considerados en este estudio como son los factores transculturales y educacionales.

6.2. Eficacia de las experiencias de aprendizaje basadas en simulación en relación a los niveles de burnout y capacidad de afrontamiento de la muestra

Nuestros datos sugieren que la SBLE puede ser eficaz para reducir los niveles de burnout y mejorar la capacidad de afrontamiento a la muerte.

6.2.1. Aplicabilidad de las experiencias de aprendizaje basadas en simulación en relación a los niveles de burnout estudiantil

Los datos presentados proporcionan una visión detallada de cómo la intervención de simulación clínica impacta en las dimensiones de agotamiento, cinismo y realización personal entre los estudiantes de enfermería, en comparación con el grupo de control. En el grupo de intervención, se observa una disminución significativa en la media de agotamiento, que disminuyó 0,87 puntos, así como en el cinismo, que se redujo 0,54 puntos, ambos con diferencias significativas. Estos resultados indican que la participación en las sesiones de simulación clínica ayuda a reducir los niveles de agotamiento y cinismo, factores que afectan negativamente la salud mental y el bienestar de los estudiantes.

Además, se registró un aumento significativo en la realización personal entre los participantes del grupo de intervención, que mejoró un total de 0,78 puntos. Esto sugiere que la participación en actividades de simulación clínica mejora la percepción de los estudiantes sobre su eficacia profesional y su contribución al cuidado de los pacientes, lo que a su vez aumentaría su satisfacción laboral y su compromiso con la profesión.

En contraste, en el grupo de control, no se observaron cambios significativos en las dimensiones de agotamiento, cinismo y realización personal después de la intervención. Estos resultados evidencian que la participación en las sesiones de simulación clínica tiene un impacto positivo en el bienestar emocional y laboral, en comparación con aquellos que no recibieron esta intervención.

Los datos presentados proporcionan una innovadora perspectiva sobre el impacto de las sesiones de simulación clínica en el SB entre los estudiantes de enfermería, un tema de gran relevancia en el ámbito de la formación en salud (Aryuwat et al., 2023). El burnout estudiantil, caracterizado por emociones negativas relacionadas con el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización, puede tener consecuencias significativas en la salud mental y el bienestar general de los estudiantes, así como en su rendimiento académico y su futura práctica clínica tal y como estudios similares al nuestro destacan (Tating et al., 2023).

La participación en sesiones de simulación clínica parece tener un efecto positivo en la reducción de los niveles de agotamiento y cinismo (Sipos et al., 2023). Estos hallazgos son de particular importancia, ya que estas dos dimensiones son claves del SB que pueden afectar negativamente la calidad de vida y la satisfacción laboral, así como su compromiso con la profesión (Robins et al., 2018).

La simulación clínica ofrece la oportunidad de enfrentarse a situaciones clínicas realistas en un entorno controlado y seguro, lo que les permite desarrollar habilidades prácticas y fortalecer su confianza en sus capacidades clínicas (Alinier & Oriot, 2022; Khalil et al., 2023). Al participar

en actividades prácticas y significativas, los estudiantes pueden sentirse más empoderados y preparados para enfrentar los desafíos del entorno clínico, lo que a su vez reduce los niveles de agotamiento y cinismo.

Además, se observa un aumento significativo en la percepción de realización personal entre los que participaron en sesiones de simulación clínica. Este aumento en la realización personal sugiere que la participación en actividades prácticas y significativas puede fortalecer el sentido de propósito y satisfacción en el trabajo, lo que a su vez puede mitigar el impacto negativo del burnout estudiantil.

Otros autores desarrollan diferentes estrategias para hacer frente a este suceso relacionado con el burnout asociado a la mejora del afrontamiento al estrés en sí (Chan et al., 2013; Frögéli et al., 2016, 2019; Jones & Johnston, 2000; Kanji et al., 2006; Pelit-Aksu et al., 2021). Ninguno parece obtener resultados tan favorables como el del uso del SBLE que aplaca el factor estresor desde el propio proceso de enseñanza-aprendizaje que propicia la aparición del burnout.

6.2.2. Aplicabilidad de las experiencias de aprendizaje basadas en simulación en relación con el afrontamiento a la muerte

Los datos presentados evidencian una mejora significativa en la capacidad de afrontamiento a la muerte entre los estudiantes de enfermería que participaron en la experiencia de aprendizaje basada en simulación clínica en contraste con aquellos que recibieron una enseñanza tradicional. Al comparar las diferencias de medias entre los dos grupos, se observa una reducción más significativa en el grupo de intervención, con una diferencia de medias de mejora del afrontamiento en 23,19 puntos en comparación con los 9,60 puntos del grupo control entre T0 y T1, significativo en ambos casos. Esto indica que la simulación clínica tuvo un impacto más

pronunciado en la mejora de la capacidad de afrontamiento a la muerte en comparación con la enseñanza tradicional.

Además, al realizar el ANOVA de medidas repetidas a los valores promedios en el momento T1 de ambos grupos, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de intervención y el grupo control, con una diferencia de crecimiento de 13,59 puntos. Esto respalda la hipótesis de que la simulación clínica resultó en una mejora más marcada en la capacidad de afrontamiento a la muerte en comparación con la enseñanza tradicional.

Estos resultados subrayan la importancia de la simulación clínica como una metodología educativa efectiva para preparar al estudiantado para enfrentar situaciones emocionalmente complejas en la práctica clínica, como es el manejo de la muerte (Smith et al., 2018). La capacidad de afrontar estas situaciones de manera efectiva es esencial para brindar un cuidado compasivo y de calidad a los pacientes y sus familias, y la simulación clínica emerge como una herramienta valiosa en este aspecto, superando a la enseñanza tradicional en términos de impacto en la preparación emocional de los futuros profesionales (Edú-Valsania et al., 2022).

Estos datos son de suma relevancia porque abordan un aspecto importante pero a menudo subestimado en la formación de profesionales de la salud: la preparación emocional. En el contexto de la enfermería, donde los estudiantes se enfrentan a situaciones emocionalmente intensas y desafiantes, como el cuidado de pacientes en estado crítico o el acompañamiento en procesos de duelo, es fundamental que estén equipados con las habilidades necesarias para manejar estas situaciones de manera efectiva (Johana Mondragón Sánchez et al., 2021). Este es el motivo del que emana la idea de enfocar un tipo de educación que englobe aspectos que garanticen la mayor capacitación para la humanización de los cuidados.

El afrontamiento a la muerte es una de las áreas más sensibles en la práctica de enfermería. Los estudiantes deben estar preparados para manejar no solo sus propias emociones, sino también para brindar apoyo y consuelo a los pacientes y sus familias en momentos de pérdida (Kostka et

al., 2021; Oates & Maani-Fogelman, 2022). Por lo tanto, comprender cómo se desarrolla y mejora esta capacidad es primordial para garantizar que los futuros enfermeros estén debidamente preparados para enfrentar estas situaciones (Yoong et al., 2023).

La simulación clínica emerge como una herramienta invaluable en este sentido. Al proporcionar un entorno seguro y controlado para practicar habilidades clínicas y emocionales en escenarios realistas, los estudiantes tienen la oportunidad de experimentar y aprender de manera activa cómo manejar situaciones difíciles. Esto les permite desarrollar confianza en sus habilidades y construir la capacidad de afrontamiento necesaria para enfrentar los desafíos emocionales que encontrarán en su práctica profesional (Randall et al., 2018).

El hecho de que la simulación clínica haya demostrado ser más eficaz que la enseñanza tradicional para mejorar la capacidad de afrontamiento a la muerte refuerza la importancia de integrar la simulación clínica de manera sistemática en los programas de formación de enfermería, como una estrategia efectiva para preparar a los estudiantes en aspectos emocionales tan críticos como este (Alamrani et al., 2018; Azizi et al., 2022; Merriman et al., 2014). Esto no sólo se demuestra en el presente estudio, sino que otros autores destacan la eficacia de esta metodología pedagógica para mejorar esta competencia en el estudiantado (Alconero-Camarero et al., 2018; Dame & Hoebeke, 2016; Wang, 2021). Dichos autores, pese a no utilizar la herramienta CDS para la medición de la mejora en afrontamiento, concluyen que este método es más efectivo para la capacitación del alumnado frente a estos desafíos propios de su profesión.

6.3. Mejora de las competencias comunicativas y satisfacción estudiantil tras la participación en experiencias de aprendizaje basadas en simulación

6.3.1. Desarrollo de competencias comunicativas a través de las experiencias de aprendizaje basadas en simulación

Los datos obtenidos de la medición de competencias en comunicación, estudiadas en el grupo de intervención a través de la herramienta RDHC, proporcionan una visión detallada del rendimiento de los participantes durante y después de la intervención. Se observa que el rendimiento promedio en la simulación del grupo intervención es de 40,94. Este rango de puntajes, que oscilan desde un mínimo de 33 hasta un máximo de 55, refleja diferentes niveles de competencia en comunicación entre los participantes.

La mayoría de los participantes obtuvieron puntajes cercanos a la media en la evaluación del debriefing que es de 17,99, con una variación mínima entre las puntuaciones registradas. Los puntajes oscilan entre un mínimo de 12 y un máximo de 20, lo que indica que, en general, los participantes demostraron un buen desempeño en la evaluación del debriefing, con poca variación entre las puntuaciones individuales.

Por varios motivos, estos resultados son importantes dentro del contexto del objetivo de la capacitación en habilidades comunicativas para enfermería a través de SBLE. Para empezar, ofrecen una evaluación cuantitativa del impacto de la capacitación al medir el rendimiento de los participantes en habilidades comunicativas específicas, tanto durante la simulación como en el debriefing posterior (Ferrández-Antón et al., 2020; Juliá-Sanchis et al., 2023).

En segundo lugar, esta evaluación directa permite comprender mejor cómo la capacitación influye en el desarrollo de habilidades competenciales para la práctica enfermera tal y como apuntan los resultados este estudio y de otros que, pese a no utilizar la misma herramienta

dada su reciente validación, han concluido en ideas similares a las planteadas en este trabajo (Kerr et al., 2020; Mullan & Kothe, 2010).

Además, la variabilidad en los puntajes de la simulación señala áreas específicas donde los participantes pueden necesitar mejorar sus habilidades comunicativas. Esto puede abarcar desde la claridad en la comunicación hasta la empatía con el paciente y la efectividad en la escucha activa, entre otros aspectos como señalan otros investigadores (Sanchis-Giménez et al., 2023). Identificar estas áreas de mejora es clave para diseñar intervenciones específicas que aborden las necesidades individuales de los participantes, lo que contribuirá a una práctica de enfermería más efectiva y centrada en el paciente (Bokhour et al., 2018; Bombard et al., 2018; Engle et al., 2021; Greene et al., 2012).

Por último, los resultados de la evaluación del debriefing respaldan la efectividad del proceso de retroalimentación y reflexión posterior a la simulación en la mejora de las habilidades comunicativas de los participantes (Voyer & Hatala, 2015). La evaluación positiva del debriefing subraya la importancia de esta fase en el proceso de simulación clínica, destacando su papel fundamental en el aprendizaje y desarrollo de habilidades comunicativas (Guerrero et al., 2022; Sánchez et al., 2021).

En conjunto, estos resultados proporcionan una visión integral del impacto de la capacitación en habilidades comunicativas a través de la simulación clínica, lo que contribuye a una formación más completa y competente de los profesionales de enfermería (Baghcheghi et al., 2011; K. L. Becker et al., 2006; Gutiérrez-Puertas et al., 2020; Jo & An, 2015; H. Y. Kim et al., 2012; Lau & Wang, 2013; Wittenberg-Lyles et al., 2012). Aunque todas las intervenciones de trabajos revisados obtuvieron resultados significativos en habilidades de comunicación, aún no se ha determinado qué metodología es más efectiva para mejorar estas habilidades. La mayoría de los estudios analizados utilizaron la simulación como la metodología para el entrenamiento en habilidades de comunicación, obteniendo resultados estadísticamente significativos. Esta

metodología podría combinarse con otras estrategias educativas que han demostrado mejorar la comunicación de los estudiantes de enfermería con sus pacientes (Shorey et al., 2018) como el aprendizaje cooperativo (Baghcheghi et al., 2011) o el aprendizaje basado en problemas (Yoo & Park, 2015).

6.3.2. Niveles de satisfacción con la simulación clínica del estudiantado participante en las experiencias de aprendizaje basadas en simulación

Los datos obtenidos de la ESSAF revelan una percepción general positiva por parte del estudiantado en relación con estas actividades superando de manera general la media de 4,00 puntos. Sin embargo, existen áreas clave donde los participantes muestran ciertas preocupaciones o discrepancias. Por ejemplo, algunos expresaron sentirse más preocupados o angustiados acerca de las competencias necesarias para ser un profesional de enfermería, lo cual refleja una necesidad percibida de apoyo adicional en el desarrollo de habilidades profesionales.

Además, la calificación ligeramente más baja otorgada al ítem sobre la mejora de habilidades técnicas era de esperar puesto que los objetivos de los casos clínicos con los que se llevó a cabo el briefing estaban centrados en capacitación de habilidades comunicativas. Otro aspecto preocupante es que algunos participantes informaron haber perdido la calma durante alguno de los casos simulados, lo que sugiere la necesidad de implementar estrategias para manejar el estrés y la ansiedad durante estas situaciones. A pesar de estas preocupaciones, la satisfacción general con las sesiones de simulación clínica es alta, como lo demuestra la media de del último ítem de la ESSAF que es de 4,65. Estos resultados indican que las sesiones de simulación clínica son percibidas como una herramienta valiosa en la formación de los estudiantes

de enfermería, pero también señalan áreas específicas que podrían beneficiarse de una mayor atención y mejora continua.

La simulación clínica destaca como una metodología con mayor eficacia en la mejora de competencias frente a la educación tradicional en enfermería debido a su capacidad para proporcionar una experiencia educativa más inmersiva y práctica (Quirós & Vargas, 2014). Pese a que en el presente trabajo no hemos comparado directamente la satisfacción del estudiantado entre la educación tradicional y la utilizada en este estudio, si que recogemos datos prometedores con respecto a la metodología SBLE. A diferencia de las clases magistrales y conferencias típicas de la educación tradicional, la simulación clínica permite a los estudiantes interactuar con situaciones clínicas simuladas de manera activa, lo que ha demostrado resultar en una retención de conocimientos más duradera y profunda (Tawfik et al., 2020). Esta metodología no solo se enfoca en el desarrollo de habilidades técnicas, sino que también aborda aspectos emocionales y sociales necesarios para la práctica de enfermería, como la comunicación efectiva y la empatía (Kourkouta & Papathanasiou, 2014). Este último fundamento, es algo que queda reflejado en el estudio a través de la metodología que hemos seguido y que queda contrastado con varios de los ítems de la ESSAF. Estos datos, siguen la línea de investigaciones de otros autores que concluyen que esta metodología es más satisfactoria para el alumnado por su dinamismo y porque genera mejores conocimientos a largo plazo (Alconero-Camarero et al., 2020, 2021; Arrogante et al., 2021; de Oliveira Costa et al., 2020; Lubbers & Rossman, 2017; Omer, 2016; Woodruff et al., 2017). Es importante destacar que no todos estos autores utilizaron la misma herramienta de medición, aunque eligieron instrumentos validados que evalúan igualmente cómo el estudiantado percibe este tipo de metodología ya que la herramienta se debe adaptar a los objetivos pedagógicos de las sesiones de SBLE.

Además, la simulación clínica prepara a los estudiantes para enfrentar situaciones clínicas complejas y realistas que pueden encontrar en su práctica profesional futura. Al exponerlos a una

variedad de escenarios clínicos, la SBLE les permite desarrollar habilidades de pensamiento crítico y toma de decisiones en entornos simulados dinámicos (Warland, 2011). Este enfoque no solo fortalece su preparación académica como percibe el alumnado según los datos recogidos en el presente estudio, sino que también fomenta una práctica más segura y ética en el futuro como apuntan otros autores (El Hussein et al., 2022; Ganley & Linnard-Palmer, 2012; Toqan et al., 2023).

Por último, el feedback inmediato y personalizado que los estudiantes reciben durante el debriefing es otro aspecto destacado de esta metodología. Esta retroalimentación continua, proporcionada por instructores cualificados, les permite identificar áreas de mejora y fortalecer sus habilidades de manera proactiva. Este enfoque de aprendizaje centrado en el estudiante promueve un crecimiento y desarrollo profesional más significativos que el feedback ocasional proporcionado en entornos de educación tradicional (Berg & Lepp, 2023). Esta apreciación la comparten además estudios similares a los de este trabajo que se enfocaron en la funcionalidad del debriefing y que seguían la misma línea de resultados, a saber, una mejora en la capacitación a través de la última fase del debriefing (Burgess et al., 2020; Ostovar et al., 2018; Weaver, 2015; Wong & Shorey, 2022). Se resalta esta competenciación tanto en los datos de este trabajo como en los de otros que siguen la misma línea de investigación (Cantrell, 2008; Lee et al., 2020).

Sección 7

CONCLUSIONES

Section 7

CONCLUSIONS

7. Conclusions

- The implementation and evaluation of simulation-based learning experiences have emerged as a beneficial mechanism for fostering students' coping abilities within the intricate landscape of patients' end-of-life scenarios. Through this pedagogical approach, notable advancements have been observed in the attainment of fundamental competencies and skills indispensable to their professional realm, notably in communication and coping with death. Moreover, our findings indicate a substantial decrease in burnout levels among participants. These outcomes underscore the potential of simulation-based learning to positively influence both the emotional resilience and vocational growth of prospective healthcare practitioners.
- Nursing students exhibit levels categorized as moderate fear of death both about themselves and others, regarding both the concept of death and its process. Regarding levels of EI, the study population generally falls within levels considered adequate across all subscales.
- The data presented emphasize the pivotal role that clinical simulation can play in mitigating and managing burnout among nursing students. By providing students with immersive and meaningful experiences, clinical simulation holds the potential to diminish levels of exhaustion and cynicism, while fostering a sense of personal accomplishment.
- The findings not only shed light on the enhancement of coping mechanisms with death among nursing students but also underscore the indispensable role of clinical simulation in the emotional preparation of prospective healthcare practitioners. They serve as a reminder that emotional readiness is equally crucial as technical proficiency in nursing education.

- This study demonstrates that clinical simulation provides an effective platform for assessing communication competencies in nursing students. It underscores its essential role in preparing competent professionals to address communication challenges in healthcare settings. Further research is needed to optimize its implementation.
- The satisfaction of nursing students regarding to clinical simulation sessions, notwithstanding identified areas for enhancement, is notably positive. This indicates that such methodology is well-received by students, as they perceive enhancements in their competencies within contexts that are more complex than those encountered in traditional teaching.

Sección 8

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

8. Limitaciones del estudio

Las limitaciones detectadas en el presente estudio son:

- El diseño propuesto para el estudio es un estudio cuasiexperimental, principalmente debido al enfoque de muestreo no probabilístico utilizado durante la obtención de la muestra. Esto implica que los participantes no fueron seleccionados aleatoriamente, lo que puede afectar la validez interna del estudio.
- Durante la recopilación de datos, no se consideraron ciertas variables en el diseño del estudio que podrían arrojar luz sobre los hallazgos encontrados. En el miedo a la muerte puede estar influenciado por una variedad de factores, como la edad, la religión, la cultura o las experiencias pasadas. Además, el contexto transcultural puede jugar un papel significativo en cómo se percibe y se maneja el miedo a la muerte.
- Aunque el estudio se centra en la efectividad de la simulación clínica en el manejo del miedo a la muerte entre los estudiantes de enfermería, es importante tener en cuenta que no se utiliza ninguna herramienta para evaluar el nivel de adquisición de habilidades comunicativas y la satisfacción con la enseñanza tradicional para comparar con los datos recolectados en el grupo de intervención. Esto limita la capacidad de evaluar completamente la eficacia relativa de la simulación clínica en comparación con otros métodos de enseñanza. Sería beneficioso incluir medidas de referencia para comparar y contextualizar los resultados obtenidos del grupo de intervención, lo que permitiría una evaluación más completa y precisa de su impacto en el desarrollo de habilidades comunicativas y la satisfacción del aprendizaje.

Sección 9

PROPUESTAS DE APLICABILIDAD Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

9. Propuestas de aplicabilidad y líneas futuras de investigación

Las propuestas de aplicabilidad que destacamos en el presente estudio son:

- Los hallazgos relacionados con la reducción de los niveles del burnout tienen importantes implicaciones para el diseño de programas educativos en enfermería, destacando la importancia de integrar la simulación clínica como una estrategia efectiva para abordar el burnout estudiantil y promover el bienestar integral de los futuros profesionales de la salud.
- En el caso de la capacidad de afrontamiento a la muerte donde sí se percibe cierta mejora de esta competencia con la educación tradicional, hay que considerar elaborar programas educativos donde al estudiantado se le prepare y potencie de la mejor manera con la perspectiva de una atención sanitaria futura de mayor calidad.
- Referente a las habilidades comunicativas, es mucha la bibliografía aportada que subraya la necesidad de incorporar unos programas educativos más inmersos en mejorar la humanización de los cuidados y que destacan la importancia de la comunicación en este sentido. Con el presente estudio se propone una metodología de enseñanza mucho más centrada en el paciente y de fácil introducción en los planes de estudios que trabajen habilidades no técnicas.
- La satisfacción general de los estudiantes resalta la importancia de continuar desarrollando y mejorando programas de simulación clínica para satisfacer las necesidades y expectativas de los estudiantes y garantizar una formación de alta calidad en enfermería.

Este trabajo, al consolidar estas diversas dimensiones, no solo contribuye significativamente al entendimiento del tema, sino que también adquiere una relevancia única al ser pionero en abordar y unificar estos conceptos de manera comprensiva. Esta originalidad

subraya la importancia de nuestro estudio como un punto de partida esencial para el avance continuo en este campo, proporcionando una base sólida y pionera para futuras investigaciones que aspiren a explorar y expandir los conocimientos delineados en este proyecto.

Sección 10

DIFUSIÓN DE RESULTADOS

10. Difusión de resultados

Publicaciones revistas:

Martín-Parrilla, M. Á., Cáceres, M. C., López-Jurado, C. F., Nadal-Delgado, M., & Pérez-Civantos, D. (enviado). Enhancing Nursing Students' Capacities related to Coping with Death, Burnout, and Communication through Simulation-Based Learning Experiences: A Cross-Sectional and Quasi-Experimental Study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*.

Comunicaciones a congresos:

Cáceres, M. C., Martín-Parrilla, M. Á., Durán-Gómez, N., Guerrero-Martín, J., López-Jurado, C. F., & Jiménez-Merino, J. (8 y 9 de junio de 2021). *Innovación metodológica en enfermería mediante simulación clínica* [Comunicación oral]. VI Congresso de Investigação Em Enfermagem Iberoamericano de Países de Língua Oficial Portuguesa E II Simpósio Internacional de Cuidados de Saúde Baseados Na Evidência, Coimbra, Centro, Portugal.

Martín-Parrilla, M. Á. (16-18 de mayo de 2023). *Mejora del miedo a la muerte en estudiantes pregrado de enfermería* [Comunicación oral]. III Congreso Internacional de Innovación Docente, Cáceres, Cáceres, España.

Martín-Parrilla, M. Á. (16-18 de mayo de 2023). *Mejora en la capacidad de afrontamiento a la muerte en estudiantes de pregrado de enfermería* [Comunicación oral]. III Congreso Internacional de Innovación Docente, Cáceres, Cáceres, España.

Martín-Parrilla, M. Á. (24-26 de abril de 2024). *Desarrollo de Competencias Comunicativas en Estudiantes de Enfermería a través de la Simulación Clínica* [Comunicación oral]. IV Congreso Internacional de Innovación Docente, Cáceres, Cáceres, España.

Martín-Parrilla, M. Á. (24-26 de abril de 2024). *Efectividad del debriefing en simulación clínica para mejorar competencias en Enfermería* [Comunicación oral]. IV Congreso Internacional de Innovación Docente, Cáceres, Cáceres, España.

Martín-Parrilla, M. Á. (3 de noviembre de 2023). *Evaluación de las competencias de comunicación en estudiantes de enfermería: un nuevo enfoque metodológico* [Comunicación póster]. VII Jornadas Doctorales de la Universidad de Extremadura, Badajoz, Badajoz, España.

Martín-Parrilla, M. Á., Durán-Gómez, N., Cáceres, M. C., Nadal-Delgado, M., & López-Jurado, C. F. (16 y 17 de marzo de 2023). *Results of quality and satisfaction of clinical simulation in nursing students after being exposed to simulated environments* [Comunicación oral]. XI Congreso Extremeño - VI Congreso Hispano-Luso de Enfermería, Plasencia, Cáceres, España.

Martín-Parrilla, M. Á., Nadal-Delgado, M., Cáceres, M. C., Durán-Gómez, N., López-Jurado, C. F., & Araujo-Blesa, M. (22 y 23 de marzo de 2023). *Coaching docente sobre el afrontamiento y humanización del proceso de morir en Ciencias de la Salud* [Comunicación póster]. Congreso Internacional de Calidad e Innovación Docente en Ciencias de la Salud, Murcia, Murcia, España.

Sección 11

BIBLIOGRAFÍA

11. Bibliografía

- Abelsson, A., & Bisholt, B. (2017). Nurse students learning acute care by simulation - Focus on observation and debriefing. *Nurse Education in Practice*, 24, 6–13. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.03.001>
- Aceves, G. A., López, M. Á. C., Moreno, S., Jiménez, F. F. S., & Campos, J. (2006). Síndrome de burnout. *Archivos de Neurociencias*, 11(4), 305–309.
- Alamrani, M. H., Alammam, K. A., Alqahtani, S. S., & Salem, O. A. (2018). Comparing the Effects of Simulation-Based and Traditional Teaching Methods on the Critical Thinking Abilities and Self-Confidence of Nursing Students. *The Journal of Nursing Research : JNR*, 26(3), 152–157. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000231>
- Alconero-Camarero, A. R., -Romero, A. G., Sarabia-Cobo, C. M., & Arce, A. M. (2016). Clinical simulation as a learning tool in undergraduate nursing: Validation of a questionnaire. *Nurse Education Today*, 39, 128–134. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.01.027>
- Alconero-Camarero, A. R., Sarabia Cobo, C. M., González-Gómez, S., Ibáñez-Rementería, I., & Alvarez-García, M. P. (2020). Descriptive study of the satisfaction of nursing degree students in high-fidelity clinical simulation practices. *Enfermería Clínica*, 30(6), 404–410. <https://doi.org/10.1016/J.ENFCLI.2019.07.007>
- Alconero-Camarero, A. R., Sarabia-Cobo, C. M., Catalán-Piris, M. J., González-Gómez, S., & González-López, J. R. (2021). Nursing Students' Satisfaction: A Comparison between Medium- and High-Fidelity Simulation Training. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 1–11. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18020804>
- Alconero-Camarero, A. R., Sarabia-Cobo, C. M., González-Gómez, S., Ibáñez-Rementería, I., Lavín-Alconero, L., & Sarabia-Cobo, A. B. (2018). Nursing students' emotional intelligence, coping styles and learning satisfaction in clinically simulated palliative care
-

- scenarios: An observational study. *Nurse Education Today*, 61, 94–100.
<https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2017.11.013>
- Alinier, G., & Oriot, D. (2022). Simulation-based education: deceiving learners with good intent. *Advances in Simulation*, 7(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/S41077-022-00206-3/FIGURES/3>
- Almeida-Santos, K. K., Almeida-Mestre, G., Soares-Silva, J., Silva, M. G., Rosendo-Silva, R. A., & Souza-Silva, R. (2022). Comparison of the level of Fear of Death among Nursing and Pedagogy students. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 32(6), 423–430.
<https://doi.org/10.1016/J.ENFCLE.2022.03.003>
- Alpi, S. V., & Flórez, L. A. (2004). El síndrome del Burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: un estudio exploratorio. *Universitas Psychologica*, 3(1), 35–45.
- Alves Farias, Jamilton. (2016). *El modelo burnout-engagement en enfermeros: el factor protector de la resiliencia*. Ediciones Universidad de Salamanca.
- Amaya, A. A. (2014). Simulación clínica, un reto curricular de las facultades de medicina, un criterio de calidad de la formación médica. *Academic Emergency Medicine*, 21(1), 17.
- American Psychiatric Association. (2004). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision (DSM-IV-TR)* (4th ed.). American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)* (5th ed.). American Psychiatric Association Publishing.
- Amsrud, K. E., Lyberg, A., & Severinsson, E. (2019). Development of resilience in nursing students: A systematic qualitative review and thematic synthesis. *Nurse Education in Practice*, 41, 102621. <https://doi.org/10.1016/J.NEPR.2019.102621>
- Arndt, J., Routledge, C., & Goldenberg, J. L. (2006). Predicting proximal health responses to reminders of death: The influence of coping style and health optimism. *Psychology & Health*, 21(5), 593–614. <https://doi.org/10.1080/14768320500537662>
-

- Arrogante, O., González-Romero, G. M., López-Torre, E. M., Carrión-García, L., & Polo, A. (2021). Comparing formative and summative simulation-based assessment in undergraduate nursing students: nursing competency acquisition and clinical simulation satisfaction. *BMC Nursing*, *20*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/S12912-021-00614-2/TABLES/5>
- Aryuwat, P., Asp, M., Lövenmark, A., Radabutr, M., & Holmgren, J. (2023). An integrative review of resilience among nursing students in the context of nursing education. *Nursing Open*, *10*(5), 2793. <https://doi.org/10.1002/NOP2.1559>
- Atance Martínez, J. C. (1997). Epidemiological Aspects of the Burnout Syndrome in Health Workers. *Revista Española de Salud Pública*, *71*, 293–303.
- Azizi, M., Ramezani, G., Karimi, E., Hayat, A. A., Faghihi, S. A., & Keshavarzi, M. H. (2022). A comparison of the effects of teaching through simulation and the traditional method on nursing students' self-efficacy skills and clinical performance: a quasi-experimental study. *BMC Nursing*, *21*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/S12912-022-01065-Z/TABLES/6>
- Baghcheghi, N., Koohestani, H. R., & Rezaei, K. (2011). A comparison of the cooperative learning and traditional learning methods in theory classes on nursing students' communication skill with patients at clinical settings. *Nurse Education Today*, *31*(8), 877–882. <https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2011.01.006>
- Bailey, C., Murphy, R., & Porock, D. (2011). Professional tears: developing emotional intelligence around death and dying in emergency work. *Journal of Clinical Nursing*, *20*(23–24), 3364–3372. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2702.2011.03860.X>
- Baptista, R. C. N., Paiva, L. A. R., Gonçalves, R. F. L., Oliveira, L. M. N., Pereira, M. de F. C. R., & Martins, J. C. A. (2016). Satisfaction and gains perceived by nursing students with medium and high-fidelity simulation: A randomized controlled trial. *Nurse Education Today*, *46*, 127–132. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.08.027>
-

- Barranquero Carretero, A. (2010). Comunicación participativa y educación en medios: implicaciones del concepto de prealimentación (“feed-forward”) de Mario Kaplún. *Congreso Euro-Iberoamericano de Alfabetización Mediática y Culturas Digitales (2010)*.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1978). *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press, USA.
- Becker, E. (1973). *The denial of death*. Free Press.
- Becker, E., & Sánchez, A. (2003). *La negación de la muerte*. Kairós Barcelona, España.
- Becker, K. L., Rose, L. E., Berg, J. B., Park, H., & Shatzer, J. H. (2006). The teaching effectiveness of standardized patients. *The Journal of Nursing Education*, 45(4), 103–111. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060401-03>
- Berg, E., & Lepp, M. (2023). The meaning and application of student-centered learning in nursing education: An integrative review of the literature. *Nurse Education in Practice*, 69. <https://doi.org/10.1016/J.NEPR.2023.103622>
- Bergmann, C., Muth, T., & Loerbroks, A. (2019). Medical students’ perceptions of stress due to academic studies and its interrelationships with other domains of life: a qualitative study. *Medical Education Online*, 24(1). <https://doi.org/10.1080/10872981.2019.1603526>
- Berrocal, P., & Extremera, N. (2008). A review of trait meta-mood research. *Advances in Psychology Research*, 55, 17–45.
- Boichenko, N. M., & Fialko, N. A. (2023). Legitimation of Euthanasia Decisions: A Philosophical Assessment of the Assisted Life Termination. *Anthropological Measurements of Philosophical Research*, 2023(24), 18–26. <https://doi.org/10.15802/AMPR.V0I24.295295>
- Bokhour, B. G., Fix, G. M., Mueller, N. M., Barker, A. M., LaVela, S. L., Hill, J. N., Solomon, J. L., & Lukas, C. V. (2018). How can healthcare organizations implement patient-centered care? Examining a large-scale cultural transformation. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/S12913-018-2949-5/TABLES/3>
-

- Bombard, Y., Baker, G. R., Orlando, E., Fancott, C., Bhatia, P., Casalino, S., Onate, K., Denis, J. L., & Pomey, M. P. (2018). Engaging patients to improve quality of care: A systematic review. *Implementation Science*, *13*(1), 1–22. <https://doi.org/10.1186/S13012-018-0784-Z/TABLES/5>
- Bourke, J., & Wessely, S. (2008). Competent Novice: Confidentiality. *BMJ: British Medical Journal*, *336*(7649), 888. <https://doi.org/10.1136/BMJ.39521.357731.BE>
- Bramhall, E. (2014). Effective communication skills in nursing practice. *Nursing Standard*, *29*(14), 53. <https://doi.org/10.7748/ns.29.14.53.e9355>
- Brannan, J. D., White, A., & Long, J. (2016). Learning Styles: Impact on Knowledge and Confidence in Nursing Students in Simulation and Classroom. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, *13*(1). <https://doi.org/10.1515/ijnes-2015-0052>
- Bresó Esteve, E., Salnova, M., & Schaufeli, W. (2004). NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo “Burnout” (III): Instrumento de medición. *Instituto Nacional de Seguridad e Higiene En El Trabajo*. <http://www.wont.uji.es>
- Budler, L. C., Gosak, L., Vrbnjak, D., Pajnkihar, M., & Štiglic, G. (2022). Emotional Intelligence among Nursing Students: Findings from a Longitudinal Study. *Healthcare*, *10*(10). <https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE10102032>
- Bugen, L. A. (1981). Coping: Effects of Death Education. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, *11*(2), 175–183. <https://doi.org/10.2190/JQPA-QFHW-VQ7A-MCAK>
- Bull, P., & Frederikson, L. (2019). Non-Verbal Communication. *Companion Encyclopedia of Psychology*, 852–872. <https://doi.org/10.4324/9781315542072-12>
- Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C., & Mellis, C. (2020). Feedback in the clinical setting. *BMC Medical Education*, *20*(2), 1–5. <https://doi.org/10.1186/S12909-020-02280-5/TABLES/3>
-

- Burleson, S., Thomas, L., & DeBoor, S. (2023). Effective Interventions for Nursing Student Burnout: A Scoping Review. *Nurse Educator*, 48(3), E85–E89. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000001348>
- Byrne, B. M. (1991). Burnout: Investigating the impact of background variables for elementary, intermediate, secondary, and university educators. *Teaching and Teacher Education*, 7(2), 197–209. [https://doi.org/10.1016/0742-051X\(91\)90027-M](https://doi.org/10.1016/0742-051X(91)90027-M)
- Cáceres Rivera, D. I., Cristancho Zambrano, L. Y., & López Romero, L. A. (2019). Attitudes of nurses towards the death of patients in an intensive care unit. *Revista Ciencias de La Salud*, 17(3), 98–110. <https://doi.org/10.12804/REVISTAS.UROSARIO.EDU.CO/REVSALUD/A.8368>
- Cant, R. P., & Cooper, S. J. (2017). The value of simulation-based learning in pre-licensure nurse education: A state-of-the-art review and meta-analysis. *Nurse Education in Practice*, 27, 45–62. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.08.012>
- Cantrell, M. A. (2008). The Importance of Debriefing in Clinical Simulations. *Clinical Simulation in Nursing*, 4(2), e19–e23. <https://doi.org/10.1016/J.ECNS.2008.06.006>
- Cao, Y., Gao, L., Fan, L., Jiao, M., Li, Y., & Ma, Y. (2022). The Influence of Emotional Intelligence on Job Burnout of Healthcare Workers and Mediating Role of Workplace Violence: A Cross Sectional Study. *Frontiers in Public Health*, 10, 892421. <https://doi.org/10.3389/FPUBH.2022.892421>
- Casal Angulo, M. del C. (2016). *La simulación como metodología para el aprendizaje de habilidades no técnicas en Enfermería* [Universitat de Valencia]. <https://search.proquest.com/docview/1845855294>
- Casares, E. (2007). La comunicación en la organización; la retroalimentación como fuente de satisfacción. *Razón y Palabra*, 56.
-

- Ceron Santander, A. M., Enriquez Mora, Y., & Ramírez Valencia, J. S. (2022). Factores de riesgo relacionados con el síndrome de Burnout académico en estudiantes de enfermería profesional en práctica formativa. In *Bogotá: Fundación Universitaria del Área Andina*. Fundación Universitaria del Área Andina.
- Chan, E. S., Koh, D., Teo, Y. C., Hj Tamin, R., Lim, A., & Fredericks, S. (2013). Biochemical and psychometric evaluation of Self-Healing Qigong as a stress reduction tool among first year nursing and midwifery students. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 19*(4), 179–183. <https://doi.org/10.1016/J.CTCP.2013.08.001>
- Chen, S., Zhou, W., Luo, T., & Huang, L. (2022). Relationships Between Mental Health, Emotion Regulation, and Meaning in Life of Frontline Nurses During the COVID-19 Outbreak. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 798406. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2022.798406>
- Chen, Y. C., Del Ben, K. S., Fortson, B. L., & Lewis, J. (2006). Differential Dimensions of Death Anxiety in Nursing Students with and without Nursing Experience. *Death Studies, 30*(10), 919–929. <https://doi.org/10.1080/07481180600925351>
- Christie, A., Jordan, P., Troth, A., & Lawrence, S. (2007). Testing the links between emotional intelligence and motivation. *Journal of Management & Organization, 13*(3), 212–226. <https://doi.org/10.5172/JMO.2007.13.3.212>
- Cobo Parra, P., & Cuesta Ruiz, M. (2018). El ruido. In *CSIC, Madrid*. CSIC.
- Collett, L.-J., & Lester, D. (1969). The fear of death and the fear of dying. *The Journal of Psychology, 72*(2), 179–181.
- Coppens, I., Verhaeghe, S., Hecke, A. Van, & Beeckman, D. (2018). The effectiveness of crisis resource management and team debriefing in resuscitation education of nursing students: A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing, 27*(1–2), 77–85. <https://doi.org/10.1111/jocn.13846>
-

- Cruz, M. B. M., Just, M. M., Lanchas, Y. C., & Merino, M. T. G.-B. (2022). *Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida*. Elsevier Health Sciences.
- Cuenca, J., & Verazzi, L. (2019). *Guía fundamental de la comunicación interna*. Editorial UOC.
- Cybulska, A. M., Żołnowska, M. A., Schneider-Matyka, D., Nowak, M., Starczewska, M., Grochans, S., & Cymbaluk-Płoska, A. (2022). Analysis of Nurses' Attitudes toward Patient Death. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(20), 13119. <https://doi.org/10.3390/IJERPH192013119/S1>
- Dabaj, A. L., & Mota, J. D. Z. (2017). *Mobbing, Burnout y Estrés Laboral: Guía para mejorar la salud y el bienestar emocional*. Ediciones diferencia.
- Dall'Ora, C., Ball, J., Reinius, M., & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: a theoretical review. *Human Resources for Health*, *18*, 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>
- Dame, L., & Hoebeke, R. (2016). Effects of a simulation exercise on nursing students' end-of-life care attitudes. *Journal of Nursing Education*, *55*(12), 701–705. <https://doi.org/10.3928/01484834-20161114-07>
- de Chico Cicogna, E., Nascimento, L. C., & de Lima, R. A. G. (2010). Children and Adolescents with Cancer: experiences with Chemotherapy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *18*(5), 864–872. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000500005>
- De Hert, S. (2020). Burnout in healthcare workers: Prevalence, impact and preventative strategies. *Local and Regional Anesthesia*, *13*, 171–183. <https://doi.org/10.2147/LRA.S240564>
- De Horta Sánchez, L., Ordoñez Mar, M. C., Osorio Castillo, A. S., Suarez Ocampo, V., & Melguizo Herrera, E. (2019). *Validación de la escala de bugen "afrontamiento ante la muerte" en estudiantes de enfermería y medicina de la universidad de Cartagena, 2019* [Universidad de Cartagena]. <https://doi.org/10.1/JQUERY.MIN.JS>
- de Oliveira Costa, R. R., de Medeiros, S. M., Dias Coutinho, V. R., Figueira Veríssimo, C. M., Gomes Martins Moreira da Silva, M. A. N. C., & de Souza Lucena, E. E. (2020). Clinical
-

- simulation in cognitive performance, satisfaction and self-confidence in learning: A quasi-experimental study. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 33, 1–8.
<https://doi.org/10.37689/ACTA-APE/2020AO01236>
- Decker, S., Alinier, G., Crawford, S. B., Gordon, R. M., Jenkins, D., & Wilson, C. (2021). Healthcare Simulation Standards of Best Practice™ The Debriefing Process. *Clinical Simulation in Nursing*, 58, 27–32. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.011>
- Deffner, J. M., & Bell, S. K. (2005). Nurses' death anxiety, comfort level during communication with patients and families regarding death, and exposure to communication education: a quantitative study. *Journal for Nurses in Professional Development*, 21(1), 19–23.
- Del Carmen Giménez-Espert, M., & Prado-Gascó, V. J. (2017). Emotional intelligence in nurses: the Trait Meta-Mood Scale. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(2), 204–209.
<https://doi.org/10.1590/1982-0194201700031>
- Dou, S., Han, C., Li, C., Liu, X., & Gan, W. (2022). Influence of emotional intelligence on the clinical ability of nursing interns: a structural equation model. *BMC Nursing*, 21(1), 1–9.
<https://doi.org/10.1186/S12912-022-00933-Y/FIGURES/1>
- Doulougeri, K., Panagopoulou, E., & Montgomery, A. (2016). (How) do medical students regulate their emotions? *BMC Medical Education*, 16(1), 1–10.
<https://doi.org/10.1186/S12909-016-0832-9/TABLES/5>
- Duarte, M. J. de D., & Montero, I. V. (2019). Afrontamiento de la muerte en estudiantes de Ciencias de la Salud. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 33(1), 1–16.
- Dugué, M., Sirost, O., & Dosseville, F. (2021). A literature review of emotional intelligence and nursing education. *Nurse Education in Practice*, 54, 103124.
<https://doi.org/10.1016/J.NEPR.2021.103124>
- Durán-Gómez, N., Guerrero-Martín, J., Pérez-Civantos, D., López Jurado, C. F., Palomo-López, P., & Cáceres, M. C. (2020). Understanding Resilience Factors Among Caregivers of People
-

- with Alzheimer's Disease in Spain. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 1011. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S274758>
- Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia Psicológica*, 32(1), 65–74.
- Edo-Gual, M., Tomás-Sábado, J., & Aradilla-Herrero, A. (2011). Fear of death among nursing students. *Enfermería Clínica*, 21(3), 129–135. <https://doi.org/10.1016/J.ENFCLI.2011.01.007>
- Edú-Valsania, S., Laguía, A., & Moriano, J. A. (2022). Burnout: A review of theory and measurement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1780. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph19031780>
- Edú-valsania, S., Laguía, A., & Moriano, J. A. (2022). Burnout: A Review of Theory and Measurement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3). <https://doi.org/10.3390/IJERPH19031780>
- El Hussein, M. T., Harvey, G., & Bell, N. (2022). The Influence of Nursing Simulation on Patient Outcomes and Patient Safety: A Scoping Review. *Clinical Simulation in Nursing*, 70, 37–46. <https://doi.org/10.1016/J.ECNS.2022.06.004>
- Engelberg, E., & Sjöberg, L. (2005). Emotional intelligence and interpersonal skills. *International Handbook of Emotional Intelligence*, 289–308.
- Engle, R. L., Mohr, D. C., Holmes, S. K., Seibert, M. N., Afable, M., Leyson, J., & Meterko, M. (2021). Evidence-based practice and patient-centered care: Doing both well. *Health Care Management Review*, 46(3), 174. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000254>
- Espinoza-Venegas, M., Sanhueza-Alvarado, O., Ramírez-Elizondo, N., & Sáez-Carrillo, K. (2015). A validation of the construct and reliability of an emotional intelligence scale applied to nursing students. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(1), 139. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3498.2535>
-

- Evans, W., & Kelly, B. (2004). Pre-registration diploma student nurse stress and coping measures. *Nurse Education Today*, 24(6), 473–482. <https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2004.05.004>
- Fajardo Uribe, L. A. (2009). A propósito de la comunicación verbal. *Forma y Función*, 22(2), 121–142.
- Febriantini, W. A., Fitriati, R., & Oktaviani, L. (2021). An analysis of verbal and non-verbal communication in autistic children. *Journal of Research on Language Education*, 2(1), 53–56. <https://doi.org/10.33365/JORLE.V2I1.923>
- Fernández-Martínez, E., Martín-Pérez, I., Liébana-Presa, C., Martínez-Fernández, Mc. C., & López-Alonso, A. I. (2021). Fear of death and its relationship to resilience in nursing students: A longitudinal study. *Nurse Education in Practice*, 55, 103175. <https://doi.org/10.1016/J.NEPR.2021.103175>
- Ferrández-Antón, T., Ferreira-Padilla, G., del-Pino-Casado, R., Ferrández-Antón, P., Baleriola-Júlvez, J., & Martínez-Riera, J. R. (2020). Communication skills training in undergraduate nursing programs in Spain. *Nurse Education in Practice*, 42, 102653. <https://doi.org/10.1016/J.NEPR.2019.102653>
- Figueiredo de Sá França, J. R., Fatima Geraldo da Costa, S., Lopes, M. E. L., Miriam Lima da Nóbrega, M., & Sátiro Xavier de França, I. (2013). Importancia de la comunicación en los cuidados paliativos en oncología pediátrica: un enfoque en la Teoría Humanística de Enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(3), 780–786. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000300018>
- Finkelstein, R. (2022). *Riesgos laborales: una visión cultural*. Editorial Universitaria de Chile.
- Flaubert, J. L., Le Menestrel, S., Williams, D. R., Wakefield, M. K., & National Academies of Sciences and Medicine, E. (2021). Supporting the Health and Professional Well-Being of Nurses. In *The Future of Nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity*. National Academies Press (US).
-

- Fontalis, A., Prousalí, E., & Kulkarni, K. (2018). Euthanasia and assisted dying: what is the current position and what are the key arguments informing the debate? *Journal of the Royal Society of Medicine*, *111*(11), 407–413. <https://doi.org/10.1177/0141076818803452>
- Freudenberger, H. J. (1989). Burnout. *Loss, Grief & Care*, *3*(1–2), 1–10. https://doi.org/10.1300/J132v03n01_01
- Friera, W. B., & Cruz, Y. L. (2006). Aspectos bioéticos de la labor de enfermería en la unidad de cuidados coronarios. *Bioética*.
- Frögéli, E., Djordjevic, A., Rudman, A., Livheim, F., & Gustavsson, P. (2016). A randomized controlled pilot trial of acceptance and commitment training (ACT) for preventing stress-related ill health among future nurses. *Anxiety, Stress, & Coping*, *29*(2), 202–218. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1025765>
- Frögéli, E., Rudman, A., & Gustavsson, P. (2019). Preventing stress-related Ill health among future nurses: Effects over 3 years. *International Journal of Stress Management*, *26*(3), 272–286. <https://doi.org/10.1037/STR0000110>
- Gala León, F. J., Lupiani Jiménez, M., Raja Hernández, R., Guillén Gestoso, C., González Infante, J. M., Villaverde Gutiérrez, M. C., & Alba Sánchez, I. (2002). Psychological attitudes toward death and bereavement. One conceptual review. In *Cuadernos de Medicina Forense* (Issue 30). Asociación Andaluza de Médicos Forenses. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062002000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Gandi, J. C., Wai, P. S., Karick, H., & Dagona, Z. K. (2011). The role of stress and level of burnout in job performance among nurses. *Mental Health in Family Medicine*, *8*(3), 181.

- Ganley, B. J., & Linnard-Palmer, L. (2012). Academic Safety during Nursing Simulation: Perceptions of Nursing Students and Faculty. *Clinical Simulation in Nursing*, 8(2), e49–e57. <https://doi.org/10.1016/J.ECNS.2010.06.004>
- García Ortega, C., Cózar Murillo, V., & Almenara Barrios, J. (2004). La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la Ley 41/2002. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 469–479. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- García-Campayo, J., Puebla-Guedea, M., Herrera-Mercadal, P., & Daudén, E. (2016). Burnout syndrome and demotivation among health care personnel. Managing stressful situations: The importance of teamwork. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 107(5), 400–406. <https://doi.org/10.1016/j.adengl.2016.03.003>
- Ghasemi, M. R., Moonaghi, H. K., & Heydari, A. (2020). Strategies for sustaining and enhancing nursing students' engagement in academic and clinical settings: a narrative review. *Korean Journal of Medical Education*, 32(2), 103. <https://doi.org/10.3946/KJME.2020.159>
- Gibbons, C. (2010). Stress, coping and burn-out in nursing students. *International Journal of Nursing Studies*, 47(10), 1299–1309. <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2010.02.015>
- Gilar-Corbi, R., Pozo-Rico, T., Sanchez, B., & Castejon, J. L. (2019). Can emotional intelligence be improved? A randomized experimental study of a business-oriented EI training program for senior managers. *PLOS ONE*, 14(10), e0224254. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0224254>
- Giménez-Espert, M. del C., Maldonado, S., & Prado-Gascó, V. (2023). Influence of Emotional Skills on Attitudes towards Communication: Nursing Students vs. Nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6). <https://doi.org/10.3390/IJERPH20064798>
-

- Giménez-Espert, M. del C., Pinazo, D., & Soto-Rubio, A. (2019). *Emotional intelligence in nursing students*. <https://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/197300>
- Ginoga, V., Masyadi, M., & Mangkona, S. (2023). The Effect of Competence, Emotional Intelligence and Work Environment on Employee Performance. *International Journal of Artificial Intelligence Research*, 6(1.2), 2022. <https://doi.org/10.29099/IJAIR.V6I1.2.890>
- Goleman, D. (1995). Emotional Intelligence. In *Anales de Psicología / Annals of Psychology* (Vol. 1, Issue 35).
- Goleman, D., Kaplan, R. S., & David, S. (2019). *Autoconciencia*. Reverte-Management.
- Gómez, F. S. J. (2016). La comunicación. *Salus*, 20(3), 5–6.
- Gomez, G. E., Young, E. A., & Gomez, E. A. (1991). Attitude Toward the Elderly, Fear of Death, and Work Preference of Baccalaureate Nursing Students. *Gerontology & Geriatrics Education*, 11(4), 45–56. https://doi.org/10.1300/J021V11N04_04
- Gómez Sanz, A. É., Sancho Parra, N., Tregón Loras, M. J., Sebastián Hernando, M. S., Aznar Vázquez, I., & Mozas Pérez, E. (2021). Conspiración de silencio. Revisión sistemática. *Revista Sanitaria de Investigación*, ISSN-e 2660-7085, Vol. 2, Nº. 12 (Diciembre), 2021, 2(12), 161. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8277513&info=resumen&idioma=ENG>
- Gonzalez, R., Custodio, J. B., Abal, F. J. P., González, R., Custodio, J. B., & Abal, F. J. P. (2020). Propiedades psicométricas del Trait Meta-Mood Scale-24 en estudiantes universitarios argentinos. *Psicogente*, 23(44), 1–26. <https://doi.org/10.17081/psico.23.44.3469>
- Greene, S. M., Tuzzio, L., & Cherkin, D. (2012). A Framework for Making Patient-Centered Care Front and Center. *The Permanente Journal*, 16(3), 49. <https://doi.org/10.7812/TPP/12-025>
- Grogans, S. E., Bliss-Moreau, E., Buss, K. A., Clark, L. A., Fox, A. S., Keltner, D., Cowen, A. S., Kim, J. J., Kragel, P. A., MacLeod, C., Mobbs, D., Naragon-Gainey, K., Fullana, M. A., & Shackman, A. J. (2023). The nature and neurobiology of fear and anxiety: State of the
-

- science and opportunities for accelerating discovery. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 151, 105237. <https://doi.org/10.1016/J.NEUBIOREV.2023.105237>
- Guerrero, J. G., Tungpalan-Castro, G. M., & Pingue-Raguini, M. (2022). Impact of simulation debriefing structure on knowledge and skill acquisition for postgraduate critical care nursing students: three-phase vs. multiphase. *BMC Nursing*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/S12912-022-01100-Z>
- Gundlach, M. J., Martinko, M. J., & Douglas, S. C. (2003). Emotional intelligence, causal reasoning, and the self-efficacy development process. *The International Journal of Organizational Analysis*, 11(3), 229–246. <https://doi.org/10.1108/EB028974>
- Gutiérrez, L. M., de Castro, E. K., & Fernández-Conde, M. G. (2014). The Communication Process in Oncology: Reporting an Experience. *Psicooncología*, 11(2/3), 403.
- Gutiérrez-Puertas, L., Márquez-Hernández, V. V., Gutiérrez-Puertas, V., Granados-Gámez, G., & Aguilera-Manrique, G. (2020). Educational Interventions for Nursing Students to Develop Communication Skills with Patients: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020, Vol. 17, Page 2241, 17(7), 2241. <https://doi.org/10.3390/IJERPH17072241>
- Haleem, A., Javaid, M., Qadri, M. A., & Suman, R. (2022). Understanding the role of digital technologies in education: A review. *Sustainable Operations and Computers*, 3, 275–285. <https://doi.org/10.1016/J.SUSOC.2022.05.004>
- Hallmark, B., Brown, M., Peterson, D. T., Fey, M., Decker, S., Wells-Beede, E., Britt, T., Hardie, L., Shum, C., Arantes, H. P., Charnetski, M., & Morse, C. (2021). Healthcare Simulation Standards of Best Practice™ Professional Development. *Clinical Simulation in Nursing*, 58, 5–8. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.007>
-

- Hart, J. A., & Chilcote, D. R. (2016). “Won’t You Be My Patient?”: Preparing Theater Students as Standardized Patients. *The Journal of Nursing Education*, 55(3), 168–171. <https://doi.org/10.3928/01484834-20160216-09>
- Hederich-Martínez, C., & Caballero-Domínguez, C. C. (2016). Validation of Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) in Colombian academic context . *CES Psicología*, 9(1).
- Hernández Hernández, M., Luque, C. M., Negrín Plata, A., Ramírez Bejarano, J., Romero Martín, P., Toledo Alvarez, A., Torbay Betancor, Á., & Suastra, M. (2024). La influencia de la significación vital y el apoyo social en la resiliencia en Argentina, Colombia, Indonesia y España. *Ehquidad*, ISSN-e 2386-4915, N°. 21, 2024 (Ejemplar Dedicado a: Enero - Junio), Págs. 161-184, 21, 161–184. <https://doi.org/10.15257/EHQUIDAD.2024.0007>
- Hojat, M. (2016). *Empathy in health professions education and patient care*.
- Inegbedion, H., Inegbedion, E., Peter, A., & Harry, L. (2020). Perception of workload balance and employee job satisfaction in work organisations. *Heliyon*, 6(1), e03160. <https://doi.org/10.1016/J.HELIYON.2020.E03160>
- Iott, B. E., Campos-Castillo, C., & Anthony, D. L. (2019). Trust and Privacy: How Patient Trust in Providers is Related to Privacy Behaviors and Attitudes. *AMIA Annual Symposium Proceedings, 2019*, 487. [/pmc/articles/PMC7153104/](https://pmc/articles/PMC7153104/)
- Iraburu, M. (2006). Confidentiality and privacy. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 29, 49–59. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Jo, K. H., & An, G. J. (2015). Effect of end-of-life care education using humanistic approach in Korea. *Collegian*, 22(1), 91–97. <https://doi.org/10.1016/J.COLEGN.2013.11.008>
- Johana Mondragón Sánchez, E., Enver Ayala Zuluaga, J., Sánchez Edna Johana, M., & Zuluaga Jose Enver, A. (2021). Nursing Situation “The Art of Caring during the Process of Grief.” *Revista Cuidarte*, 12(2). <https://doi.org/10.15649/CUIDARTE.1933>
-

- Jones, M. C., & Johnston, D. W. (2000). Evaluating the impact of a worksite stress management programme for distressed student nurses: A randomised controlled trial. *Psychology and Health, 15*(5), 689–706. <https://doi.org/10.1080/08870440008405480>
- Juliá-Sanchis, R., Escribano, S., Fernández-Alcántara, M., Garcia-Sanjuan, S., & Cabañero-Martínez, M. J. (2023). *Rúbrica de desempeño de habilidades de comunicación*. <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/132847>
- Kanji, N., White, A., Bh, B. M., Md, M. A., Ernst, E., & Kanji, N. (2006). Autogenic training to reduce anxiety in nursing students: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing, 53*(6), 729–735. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2648.2006.03779.X>
- Kaplún, M. (2010). *Una pedagogía de la comunicación* (Vol. 10). Ediciones de la Torre.
- Kastenbaum, R. (2000). The psychology of death, 3rd ed. In *The psychology of death, 3rd ed.* (3rd ed.). Springer Publishing Co.
- Kastenbaum, R. (2018). *Death, Society, and Human Experience*. <https://doi.org/10.4324/9781315232058>
- Kaya, H., Şenyuva, E., & Bodur, G. (2017). Developing critical thinking disposition and emotional intelligence of nursing students: a longitudinal research. *Nurse Education Today, 48*, 72–77. <https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2016.09.011>
- Keidar, D. (2015). Emotional Intelligence and Education. *Studia Edukacyjne, 37*, 327–348. <https://doi.org/10.14746/SE.2015.37.19>
- Kerr, D., Ostaszkiwicz, J., Dunning, T., & Martin, P. (2020). The effectiveness of training interventions on nurses' communication skills: A systematic review. *Nurse Education Today, 89*, 104405. <https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2020.104405>
- Khalil, A. I., Hantira, N. Y., & Alnajjar, H. A. (2023). The Effect of Simulation Training on Enhancing Nursing Students' Perceptions to Incorporate Patients' Families Into Treatment
-

- Plans: A Randomized Experimental Study. *Cureus*, 15(8).
<https://doi.org/10.7759/CUREUS.44152>
- Kim, H. Y., Ko, E., & Lee, E. S. (2012). Effects of Simulation-based Education on Communication Skill and Clinical Competence in Maternity Nursing Practicum. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 18(4), 312–320.
<https://doi.org/10.4069/KJWHN.2012.18.4.312>
- Kim, J., Park, J. H., & Shin, S. (2016). Effectiveness of simulation-based nursing education depending on fidelity: A meta analysis. *BMC Medical Education*, 16(1), 1–8.
<https://doi.org/10.1186/S12909-016-0672-7/TABLES/4>
- Klein, M. (1948). A contribution to the theory of anxiety and guilt. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 29, 114.
- Kopp, A., & Jekauc, D. (2018). The Influence of Emotional Intelligence on Performance in Competitive Sports: A Meta-Analytical Investigation. *Sports 2018*, Vol. 6, Page 175, 6(4), 175. <https://doi.org/10.3390/SPORTS6040175>
- Korczak, D., Huber, B., & Kister, C. (2010). Differential diagnostic of the burnout syndrome. *GMS Health Technology Assessment*, 6.
- Kostka, A. M., Borodzicz, A., & Krzemińska, S. A. (2021). Feelings and Emotions of Nurses Related to Dying and Death of Patients – A Pilot Study. *Psychology Research and Behavior Management*, 14, 705. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S311996>
- Kourkouta, L., & Papathanasiou, I. V. (2014). Communication in Nursing Practice. *Materia Socio-Medica*, 26(1), 65. <https://doi.org/10.5455/MSM.2014.26.65-67>
- Kozlowski, S. W. J., & Ilgen, D. R. (2006). Enhancing the effectiveness of work groups and teams. *Psychological Science in the Public Interest, Supplement*, 7(3), 77–124.
<https://doi.org/10.1111/J.1529->
-

1006.2006.00030.X/ASSET/IMAGES/LARGE/10.1111_J.1529-1006.2006.00030.X-

FIG1.JPEG

- Kravits, K., McAllister-Black, R., Grant, M., & Kirk, C. (2010). Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout. *Applied Nursing Research*, 23(3), 130–138. <https://doi.org/10.1016/J.APNR.2008.08.002>
- Krzemien, D., Urquijo, S., & Monchietti, A. (2004). Aprendizaje social y estrategias de afrontamiento a los sucesos críticos del envejecimiento femenino. *Psicothema*, 16(3), 350–356.
- Kübler-Ross, E. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos*.
- Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing*, 20(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S12912-021-00684-2/FIGURES/1>
- Laborde, S., Dosseville, F., & Allen, M. S. (2016). Emotional intelligence in sport and exercise: A systematic review. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 26(8), 862–874. <https://doi.org/10.1111/SMS.12510>
- Laschinger, H. K. S., & Leiter, M. P. (2006). The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: The mediating role of burnout engagement. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 36(5), 259–267. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000808>
- Lastra Villar, R., Salvador Arroyo, E., Delgado Guerrero, L., Ramos González, Y., Narvi3n Castellano, C. G., & Agudo Narvi3n, E. (2023). La conspiraci3n del silencio. Monograf3a. *Revista Sanitaria de Investigaci3n*, ISSN-e 2660-7085, Vol. 4, N3. 5, 2023, 4(5), 237. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8965677&info=resumen&idioma=SPA>
- Lau, Y., & Wang, W. (2013). Development and evaluation of a learner-centered training course on communication skills for baccalaureate nursing students. *Nurse Education Today*, 33(12), 1617–1623. <https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2013.02.005>
-

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*.
- Lee, J. H., Lee, H., Kim, S., Choi, M., Ko, I. S., Bae, J. Y., & Kim, S. H. (2020). Debriefing methods and learning outcomes in simulation nursing education: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 87, 104345. <https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2020.104345>
- Lehto, R. H., & Stein, K. F. (2009). Death anxiety: an analysis of an evolving concept. *Research and Theory for Nursing Practice*, 23(1), 23–41. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.23.1.23>
- Lejonqvist, G.-B., Eriksson, K., & Meretoja, R. (2016). Evidence of clinical competence by simulation, a hermeneutical observational study. *Nurse Education Today*, 38, 88–92. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.12.011>
- Li, M., Fu, B., Ma, J., Yu, H., & Bai, L. (2021). Sensitivity and emotional intelligence: An empirical study with mental health as a regulating variable. *Current Psychology*, 40(6), 2581–2589. <https://doi.org/10.1007/S12144-020-00669-5/TABLES/8>
- Lin, X., Li, X., Bai, Y., Liu, Q., & Xiang, W. (2022). Death-coping self-efficacy and its influencing factors among Chinese nurses: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 17(9), e0274540. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0274540>
- Llano Escobar, A. (1990). El morir humano ha cambiado. *Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*; 108 (5-6), Mayo.-Jun. 1990.
- Llosa Fernández, J. A., Menéndez Espina, S., Agulló Tomás, E., Rodríguez Suárez, J., Lasheras Díez, H. F., & Sáiz Villar, R. (2021). Incertidumbre laboral en la era global: evidencias empíricas para un abordaje crítico e interventivo (sobre el futuro del trabajo). *Congreso Interuniversitario OIT Sobre El Futuro Del Trabajo, Vol. 3, 2021, ISBN 978-84-8417-566-7, Págs. 301-314*, 3, 301–314. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7885271>
- Lloyd, C., King, R., & Chenoweth, L. (2002). Social work, stress and burnout: a review. *Journal of Mental Health*, 11(3). <https://doi.org/10.1080/09638230020023642>
-

- Lönn, A., Weurlander, M., Seeberger, A., Hult, H., Thornberg, R., & Wernerson, A. (2023). The impact of emotionally challenging situations on medical students' professional identity formation. *Advances in Health Sciences Education*, 28(5), 1557. <https://doi.org/10.1007/S10459-023-10229-8>
- Lopes, P. N., Brackett, M. A., Nezlek, J. B., Schütz, A., Sellin, I., & Salovey, P. (2004). Emotional intelligence and social interaction. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(8), 1018–1034. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0146167204264762>
- López Sánchez, M., Ramos López, L., Pato López, O., & López Álvarez, S. (2013). La simulación clínica como herramienta de aprendizaje. *CIR MAY AMB.*, 18(1), 25–29. www.asecma.org
- López-Ibor, J. J. (2008). Aprender a comunicarse con el paciente y con su entorno. *Educación Médica*, 11, 53–61. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132008000500011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Lubbers, J., & Rossman, C. (2017). Satisfaction and self-confidence with nursing clinical simulation: Novice learners, medium-fidelity, and community settings. *Nurse Education Today*, 48, 140–144. <https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2016.10.010>
- Lusk, J. M., & Fater, K. (2013). Postsimulation Debriefing to Maximize Clinical Judgment Development. *Nurse Educator*, 38(1), 16. <https://doi.org/10.1097/NNE.0b013e318276df8b>
- Lustig, B. A. (2004). Death, dying, euthanasia, and palliative care: perspectives from philosophy of medicine and ethics. In *Handbook of Bioethics: Taking Stock of the Field from a Philosophical Perspective* (pp. 441–471). Springer.
- Magnano, P., Craparo, G., & Paolillo, A. (2016). Resilience and Emotional Intelligence: which role in achievement motivation. *International Journal of Psychological Research*, 9(1), 9–20.
- Mahendiran, M., Yeung, H., Rossi, S., Khosravani, H., & Perri, G. A. (2023). Evaluating the Effectiveness of the SPIKES Model to Break Bad News - A Systematic Review. *American*
-

Journal of Hospice and Palliative Medicine, 40(11), 1231–1260.

https://doi.org/10.1177/10499091221146296/ASSET/IMAGES/LARGE/10.1177_10499091221146296-FIG1.JPEG

Maritza Espinoza, V., & Olivia Sanhueza, A. (2012). Fear of death and its relationship with emotional intelligence of nursing students in Concepción. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4), 607–613. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400020>

Martín de Aguilera, M. del C. (2011). Confidencialidad en el ámbito profesional de la enfermería dermatológica. *Enfermería Dermatológica*, 5(12), 32–37.

Martínez, M. E. F. (2010). *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional*.

Martínez-Heredia, N., Bedmar Moreno, M., & Santaella Rodríguez, E. (2023). Conocimientos y Creencias de las Personas Mayores en torno a la Educación para la Muerte. *Revista Internacional de Educación Para La Justicia Social*, 12(1).

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113.

Mayer, J. D., Roberts, R. D., & Barsade, S. G. (2008). Human abilities: Emotional intelligence. *Annu. Rev. Psychol.*, 59, 507–536. <https://doi.org/https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093646>

Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). Emotional development and emotional intelligence. In *New York: Basics Books*. New York: Basic Books.

McDermott, D. S., Ludlow, J., Horsley, E., & Meakim, C. (2021). Healthcare Simulation Standards of Best Practice™ Prebriefing: Preparation and Briefing. *Clinical Simulation in Nursing*, 58, 9–13. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.008>

McRae, M. E., Chan, A., Hulett, R., Lee, A. J., & Coleman, B. (2017). The effectiveness of and satisfaction with high-fidelity simulation to teach cardiac surgical resuscitation skills to

- nurses. *Intensive & Critical Care Nursing*, 40, 64–69.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.11.001>
- Meier, D. E. (2011). Increased Access to Palliative Care and Hospice Services: Opportunities to Improve Value in Health Care. *The Milbank Quarterly*, 89(3), 343–380.
<https://doi.org/10.1111/J.1468-0009.2011.00632.X>
- Menardo, E., Di Marco, D., Ramos, S., Brondino, M., Arenas, A., Costa, P., Vaz de Carvalho, C., & Pasini, M. (2022). Nature and Mindfulness to Cope with Work-Related Stress: A Narrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10), 5948. <https://doi.org/10.3390/IJERPH19105948>
- Menzies, R. E., Zuccala, M., Sharpe, L., & Dar-Nimrod, I. (2018). The effects of psychosocial interventions on death anxiety: A meta-analysis and systematic review of randomised controlled trials. *Journal of Anxiety Disorders*, 59, 64–73.
<https://doi.org/10.1016/J.JANXDIS.2018.09.004>
- Merriman, C. D., Stayt, L. C., & Ricketts, B. (2014). Comparing the effectiveness of clinical simulation versus didactic methods to teach undergraduate adult nursing students to recognize and assess the deteriorating patient. *Clinical Simulation in Nursing*, 10(3), e119–e127. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2013.09.004>
- Miller, G. E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, 65(9 Suppl), S63–S67. <https://doi.org/10.1097/00001888-199009000-00045>
- Molero Jurado, M. del M., Herrera-Peco, I., Pérez-Fuentes, M. del C., Oropesa Ruiz, N. F., Martos Martínez, Á., Ayuso-Murillo, D., & Gázquez Linares, J. J. (2021). Communication and humanization of care: Effects over burnout on nurses. *PLOS ONE*, 16(6), 1–15.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251936>
-

- Molina Uribe, A. P., Cañaveral Diaz, M. I., & Gallego Marín, V. A. (2016). *El proceso de comunicación en el cuidado de enfermería al paciente con diagnóstico reciente de cáncer y su familia*.
- Molina-Mula, J., & Gallo-Estrada, J. (2020). Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3). <https://doi.org/10.3390/IJERPH17030835>
- Mondragón-Sánchez, E. J., Cordero, E. A. T., Espinoza, M. de L. M., & Landeros-Olvera, E. A. (2015). A comparison of the level of fear of death among students and nursing professionals in Mexico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(2), 323. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3550.2558>
- Monte, P. R. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Publicado El*, 25.
- Moore, P., Leighton, M. I., Alvarado, C., & Bralic, C. (2016). Pacientes simulados en la formación de los profesionales de salud: el lado humano de la simulación. *Revista Médica de Chile*, 144(5), 617–625. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016000500010>
- Moreno-Jiménez, B., González, J. L., & Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. *Empleo, Estrés y Salud. Madrid: Pirámide*, 59–83.
- Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A., & Koukouli, S. (2020). The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals. *Healthcare*, 8(1). <https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE8010026>
- Mounier, E. (1935). Révolution personaliste et communautaire. In *Ed du Seuil* (Ed du Seuil).
- Mullan, B. A., & Kothe, E. J. (2010). Evaluating a nursing communication skills training course: The relationships between self-rated ability, satisfaction, and actual performance. *Nurse Education in Practice*, 10(6), 374–378. <https://doi.org/10.1016/J.NEPR.2010.05.007>
-

- Muñoz Rojas, D., Orellano, N., & Hernández Palma, H. (2018). Riesgo psicosocial: tendencias y nuevas orientaciones laborales. *Psicogente*, 21(40), 532–544.
- Murthy, V. H. (2022). Confronting Health Worker Burnout and Well-Being. *New England Journal of Medicine*, 387(7), 577–579. https://doi.org/10.1056/NEJMP2207252/SUPPL_FILE/NEJMP2207252_DISCLOSURES.PDF
- Neill, M. A., & Wotton, K. (2011). High-Fidelity Simulation Debriefing in Nursing Education: A Literature Review. *Clinical Simulation in Nursing*, 7(5), e161–e168. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2011.02.001>
- Nia, H. S., Lehto, R. H., Ebadi, A., & Peyrovi, H. (2016). Death Anxiety among Nurses and Health Care Professionals: A Review Article. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 4(1), 2. [/pmc/articles/PMC4709813/](https://doi.org/10.1016/j.ijcm.2016.01.001)
- Nolla-Domenjó, M. (2009). La evaluación en educación médica: Principios básicos. *Educación Médica*, 12(4), 223–229. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132009000500004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Oates, J. R., & Maani-Fogelman, P. A. (2022). Nursing Grief and Loss. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK518989/>
- O'Connor, M. F. (2019). Grief: A Brief History of Research on How Body, Mind, and Brain Adapt. *Psychosomatic Medicine*, 81(8), 731. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000717>
- Ogando, B., & García, C. (2007). Dying with dignity in the twenty-first century. *Revista de Calidad Asistencial*, 22(3), 147–153. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(07\)71210-1](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(07)71210-1)
- Ogińska-Bulik, N., & Michalska, P. (2021). Psychological Resilience and Secondary Traumatic Stress in Nurses Working With Terminally Ill Patients - The Mediating Role of Job Burnout. *Psychological Services*, 18(3), 398–405. <https://doi.org/10.1037/SER0000421>
-

- Olano Arias, O. (2012). *Acopios de comunicación*. Lulu.com.
- Omer, T. (2016). Nursing Students' Perceptions of Satisfaction and Self-Confidence with Clinical Simulation Experience. *Journal of Education and Practice*, 7(5), 131–138. www.iiste.org
- Ortiz Guzmán, A. (2020). El estrés laboral: Origen, consecuencias y cómo combatirlo. *Revista Daena (International Journal of Good Conscience)*, 15(3).
- Ostovar, S., Allahbakhshian, A., Gholizadeh, L., Dizaji, S. L., Sarbakhsh, P., & Ghahramanian, A. (2018). Comparison of the effects of debriefing methods on psychomotor skills, self-confidence, and satisfaction in novice nursing students: A quasi-experimental study. *Journal of Advanced Pharmaceutical Technology and Research*, 9(3), 65. https://doi.org/10.4103/JAPTR.JAPTR_291_18
- Palmer, C., Kraus, S., Kailer, N., Huber, L., & Öner, Z. H. (2021). Entrepreneurial burnout: A systematic review and research map. *International Journal of Entrepreneurship and Small Business*, 43(3), 438–461. <https://doi.org/10.1504/IJESB.2021.115883>
- Paz, V. G. (2012). Comunicación organizacional. *Tlalnepantla, Estado de México.: Red Tercer Milenio*.
- Pelit-Aksu, S., Özkan-Şat, S., Yaman-Sözbir, Ş., & Şentürk-Erenel, A. (2021). Effect of progressive muscle relaxation exercise on clinical stress and burnout in student nurse interns. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(3), 1095–1102. <https://doi.org/10.1111/PPC.12662>
- Peña-Sarrionandía, A., Mikolajczak, M., & Gross, J. J. (2015). Integrating emotion regulation and emotional intelligence traditions: a meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 6(FEB). <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2015.00160>
- Persico, L., Belle, A., DiGregorio, H., Wilson-Keates, B., & Shelton, C. (2021). Healthcare Simulation Standards of Best Practice™ Facilitation. *Clinical Simulation in Nursing*, 58, 22–26. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.010>
-

- Pesut, B., Greig, M., Thorne, S., Storch, J., Burgess, M., Tishelman, C., Chambaere, K., & Janke, R. (2020). Nursing and euthanasia: A narrative review of the nursing ethics literature. *Nursing Ethics*, 27(1), 152–167. https://doi.org/10.1177/0969733019845127/ASSET/IMAGES/LARGE/10.1177_0969733019845127-FIG2.JPEG
- Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K., Morphet, J., & Shimoinaba, K. (2013). How Death Anxiety Impacts Nurses' Caring for Patients at the End of Life: A Review of Literature. *The Open Nursing Journal*, 7, 14. <https://doi.org/10.2174/1874434601307010014>
- Philippe, A. (2000). Historia de la muerte en Occidente. Desde la Edad Media hasta nuestros días. *Barcelona, España*.
- Piña-Jiménez, I., & y R. Amador-Aguilar. (2015). *La enseñanza de la enfermería con simuladores, consideraciones teórico-pedagógicas para perfilar un modelo didáctico* (Vol. 12, Issue 3, pp. 152–159). <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.04.007>
- Poorchangizi, B., Borhani, F., Abbaszadeh, A., Mirzaee, M., & Farokhzadian, J. (2019). The importance of professional values from nursing students' perspective. *BMC Nursing*, 18(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/S12912-019-0351-1/TABLES/2>
- Porrás Carmona, S., Pérez Dueñas, C., Checa Fernández, P., & Luque Salas, B. (2020). Competencias emocionales de las futuras personas docentes: un estudio sobre los niveles de inteligencia emocional y empatía. *Revista Educación*, 44(2), 80–95. <https://doi.org/https://doi.org/10.15517/revedu.v44i2.38438>
- Prada Ospina, R. (2019). Social psychological factors and their relation to work-related stress as generating effect of burnout. *Journal of Psychology and Related Sciences*, ISSN 0325-8203, Vol. 36, Nº. 2, 2019, Págs. 39-54, 36(2), 39–54. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/citart?info=link&codigo=8217815&orden=0>
-

- Quintero, S., & Simkin, H. (2020). Adaptación y Validación al español de la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester "FODS." *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, ISSN-e 1666-244X, Vol. 24, Nº. 1, 2020 (Ejemplar Dedicado a: Escalas y Cuestionarios), Págs. 84-93, 24(1), 84–93. <https://doi.org/10.1080/00223980.1969.10543496>
- Quirós, S. M., & Vargas, M. A. de O. (2014). Clinical Simulation: a strategy that articulates teaching and research practices in nursing. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23(4), 815–816. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014001200EDT>
- Ramírez, P., & Müggenburg, C. (2015). Personal relationships among between the nurse and the patient. *Enfermería Universitaria*, 12(3), 134–143. <https://doi.org/10.1016/J.REU.2015.07.004>
- Randall, D., Garbutt, D., & Barnard, M. (2018). Using simulation as a learning experience in clinical teams to learn about palliative and end-of-life care: A literature review. *Death Studies*, 42(3), 172–183. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1334006>
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23rd ed.). Espasa. <https://www.rae.es/obras-academicas/diccionarios/diccionario-de-la-lengua-espanola>
- Rendón Montoya, M. S., Peralta Peña, S. L., Hernández Villa, E. A., Hernández Pedroza, R. I., Vargas, M. R., Favela Ocaño, M. A., Rendón Montoya, M. S., Peralta Peña, S. L., Hernández Villa, E. A., Hernández, R. I., Vargas, M. R., & Favela Ocaño, M. A. (2020). Burnout syndrome in nursing personnel working in the critical care and hospitalization units. *Enfermería Global*, 19(3), 479–506. <https://doi.org/10.6018/eglobal.398221>
- Reverté-Villarroya, S., Ortega, L., Raigal-Aran, L., Sauras-Colón, E., Ricomà-Muntané, R., Ballester-Ferrando, D., Rascón-Hernán, C., Botigué, T., Lavedán, A., González-Osorio, L., Osorio-Spuler, X., & Burjalés-Martí, M. D. (2021). Psychological Well-Being in Nursing Students: A Multicentric, Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 1–11. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18063020>
-

- Rezapour, M. (2022). The Interactive Factors Contributing to Fear of Death. *Frontiers in Psychology, 13*, 905594. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2022.905594/BIBTEX>
- Robins, T. G., Roberts, R. M., & Sarris, A. (2018). The role of student burnout in predicting future burnout: exploring the transition from university to the workplace. *Higher Education Research & Development, 37*(1), 115–130. <https://doi.org/10.1080/07294360.2017.1344827>
- Rodrigo, M. (1995). Los modelos de la comunicación. *Madrid: Tecnos.*
- Rodríguez Jarabo, B., Marzo Campos, J. C., & Rodríguez Marín, J. (2016). *Condiciones de trabajo, satisfacción laboral y calidad de vida laboral en educación y sanidad* [Universidad Miguel Hernández]. <http://dspace.umh.es/handle/11000/3018>
- Rodríguez-Prat, A., Monforte-Royo, C., Porta-Sales, J., Escribano, X., & Balaguer, A. (2016). Patient Perspectives of Dignity, Autonomy and Control at the End of Life: Systematic Review and Meta-Ethnography. *PLOS ONE, 11*(3), e0151435. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0151435>
- Rosales-Ricardo, Y., Rizzo-Chunga, F., Mocha-Bonilla, J., Ferreira, J. P., Rosales-Ricardo, Y., Rizzo-Chunga, F., Mocha-Bonilla, J., & Ferreira, J. P. (2021). Prevalence of burnout syndrome in university students: A systematic review. *Salud Mental, 44*(2), 91–102. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2021.013>
- Roussillon Soyer, C., St-Onge, S., Igalens, J., & Balkin, D. B. (2021). The demotivating impact of absenteeism in nursing homes. *Journal of Nursing Management, 29*(6), 1679–1690. <https://doi.org/10.1111/JONM.13314>
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality, 9*(3), 185–211. <https://doi.org/https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
-

- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. *Emotion, Disclosure, & Health.*, 125–154. <https://doi.org/10.1037/10182-006>
- Salvador, J. C. (2022). Inteligencia emocional y autorregulación de la motivación al inicio de la asignatura. *Human Review*, 11. <https://doi.org/10.37467/REHUMAN.V11.3864>
- Sánchez, G. E., Ruzafa-Martínez, M., Leal-Costa, C., Díaz-Agea, J. L., Ramos-Morcillo, A. J., & Sánchez, A. G. (2021). Debriefing and Learning Strategies: A Comparison between Two Reflective Analysis Styles with/without a Graphical Record of Strengths/Weaknesses. *Healthcare*, 9(2). <https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE9020130>
- Sanchis Fernandez, L. (2017). *Afrontamiento del miedo a la muerte* [Universidad Complutense de Madrid]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=133981&info=resumen&idioma=SPA>
- Sanchis-Giménez, L., Lacomba-Trejo, L., Prado-Gascó, V., & Giménez-Espert, M. del C. (2023). Attitudes towards Communication in Nursing Students and Nurses: Are Social Skills and Emotional Intelligence Important? *Healthcare*, 11(8). <https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE11081119>
- Sancho, M. G. (2005). *Morir con dignidad*. Arán Ediciones.
- Sansó Martínez, N. (2014). *Afrontamiento ante la muerte en profesionales de cuidados paliativos. Variables moduladoras y consecuentes*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=158224&info=resumen&idioma=SPA>
- Sartre, J.-P. (1943). *L'être et le néant* (Vol. 14). Gallimard Paris.
- Schaufeli, W. B., Martinez, I. M., Pinto, A. M., Salanova, M., & Bakker, A. B. (2002). Burnout and engagement in university students: A cross-national study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33(5), 464–481.
- Scheinsohn, D. (2009). *Comunicación estratégica*. Ediciones Gránica SA.
-

- Schlairet, M. C. (2009). End-of-life nursing care: statewide survey of nurses' education needs and effects of education. *Journal of Professional Nursing: Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 25(3), 170–177. <https://doi.org/10.1016/J.PROFNURS.2008.10.005>
- Schwartz, S. P., Adair, K. C., Bae, J., Rehder, K. J., Shanafelt, T. D., Profit, J., & Sexton, J. B. (2019). Work-life balance behaviours cluster in work settings and relate to burnout and safety culture: a cross-sectional survey analysis. *BMJ Quality & Safety*, 28(2), 142–150. <https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-007933>
- Seguin, C., Sporns, O., & Zalesky, A. (2023). Brain network communication: concepts, models and applications. *Nature Reviews Neuroscience*, 24(9), 557–574. <https://doi.org/10.1038/s41583-023-00718-5>
- Şenyuva, E., Kaya, H., Işik, B., & Bodur, G. (2014). Relationship between self-compassion and emotional intelligence in nursing students. *International Journal of Nursing Practice*, 20(6), 588–596. <https://doi.org/10.1111/IJN.12204>
- Shaukat, R., Yousaf, A., & Sanders, K. (2017). Examining the linkages between relationship conflict, performance and turnover intentions. *International Journal of Conflict Management*, 28(1), 4–23. <https://doi.org/10.1108/IJCMA-08-2015-0051>
- Sherwood, R. J., & Francis, G. (2018). The effect of mannequin fidelity on the achievement of learning outcomes for nursing, midwifery and allied healthcare practitioners: Systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 69, 81–94. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.06.025>
- Shorey, S., Kowitlawakul, Y., Devi, M. K., Chen, H. C., Soong, S. K. A., & Ang, E. (2018). Blended learning pedagogy designed for communication module among undergraduate nursing students: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today*, 61, 120–126. <https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2017.11.011>
-

- Simón-Lorda, P. (2008). La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(2), 327–350. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Sipos, D., Biro, A. A., Busa, F., Freihat, O., Tollár, J., Pandur, A. A., Kovács, Á., Deutsch, K., & Csima, M. P. (2023). Reduced burnout in medical and health science students during the pandemic COVID-19 - a follow-up study of a single institution in Hungary. *BMC Medical Education*, 23(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/S12909-023-04867-0/TABLES/4>
- Smith, M. B., Macieira, T. G. R., Bumbach, M. D., Garbutt, S. J., Citty, S. W., Stephen, A., Ansell, M., Glover, T. L., & Keenan, G. (2018). The Use of Simulation to Teach Nursing Students and Clinicians Palliative Care and End-of-Life Communication: A Systematic Review. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 35(8), 1140. <https://doi.org/10.1177/1049909118761386>
- Smith-Stoner, M., Hall-Lord, M. L., Hedelin, B., & Petzäll, K. (2011). Nursing students' concerns about end of life in California, Norway, and Sweden. *International Journal of Palliative Nursing*, 17(6), 271–277. <https://doi.org/10.12968/IJPN.2011.17.6.271>
- Söderfeldt, M., Söderfeldt, B., & Warg, L.-E. (1995). Burnout in social work. *Social Work*, 40(5), 638–646. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/sw/40.5.638>
- Solomon, S. (2020). The worm at the core: On the role of death in life. *Grief Matters*, 23(1), 20–24. <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.439440012779841>
- Szczupakowska, M., Stolarek, P., Roszak, M., Głodowska, K., & Baum, E. (2021). Patient's Death From the Perspective of Nursing Students. *Frontiers in Public Health*, 9, 636582. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.636582>
-

- Tannenbaum, M. B., Hepler, J., Zimmerman, R. S., Saul, L., Jacobs, S., Wilson, K., & Albarracín, D. (2015). Appealing to fear: A Meta-Analysis of Fear Appeal Effectiveness and Theories. *Psychological Bulletin*, *141*(6), 1178. <https://doi.org/10.1037/A0039729>
- Tating, D. L. R. P., Tamayo, R. L. J., Melendres, J. C. N., Chin, I. K., Gilo, E. L. C., & Nassereddine, G. (2023). Effectiveness of interventions for academic burnout among nursing students: A systematic review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *20*(2), 153–161. <https://doi.org/10.1111/WVN.12628>
- Tawfik, M. M. R., Fayed, A. A., Dawood, A. F., Al Mussaed, E., & Ibrahim, G. H. (2020). Simulation-Based Learning Versus Didactic Lecture in Teaching Bronchial Asthma for Undergraduate Medical Students: a Step Toward Improvement of Clinical Competencies. *Medical Science Educator*, *30*(3), 1061. <https://doi.org/10.1007/S40670-020-01014-Y>
- Tegegne, M. D., Melaku, M. S., Shimie, A. W., Hunegnaw, D. D., Legese, M. G., Ejigu, T. A., Mengestie, N. D., Zemene, W., Zeleke, T., & Chanie, A. F. (2022). Health professionals' knowledge and attitude towards patient confidentiality and associated factors in a resource-limited setting: a cross-sectional study. *BMC Medical Ethics*, *23*(1). <https://doi.org/10.1186/S12910-022-00765-0>
- Thompson, I. (2008). Definición de comunicación. *Comunicación*.
- Tillich, P. (1957). *Dynamics of faith*.
- Toqan, D., Ayed, A., Khalaf, I. A., & Alsadi, M. (2023). Effect of High-Fidelity Simulation on Self-Satisfaction and Self-Confidence Among Nursing Students. *SAGE Open Nursing*, *9*. <https://doi.org/10.1177/23779608231194403>
- Toscano-Hermoso, M. D., Ruiz-Frutos, C., Fagundo-Rivera, J., Gómez-Salgado, J., García-Iglesias, J. J., & Romero-Martín, M. (2020). Emotional intelligence and its relationship with emotional well-being and academic performance: the vision of high school students. *Children*, *7*(12). <https://doi.org/10.3390/CHILDREN7120310>
-

- Tosterud, R., Hedelin, B., & Hall-Lord, M. L. (2013). Nursing students' perceptions of high- and low-fidelity simulation used as learning methods. *Nurse Education in Practice*, *13*(4), 262–270. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.02.002>
- Turan, N., Kaya, H., Özsaban, A., Özdemir Aydin, G., Özçelik, K., & Güneş, E. (2019). Investigation of the Relationship between Empathy and Burnout Levels of Nursing Students. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, *27*(2), 119–132. <https://doi.org/10.26650/FNJJN404701>
- Uribe-Rodríguez, A. F., Valderrama, L., Durán Vallejo, M. D., Galeano-Monroy, C., & Gamboa, K. (2008). Diferencias evolutivas en la actitud ante la muerte entre adultos jóvenes y adultos mayores. *Acta Colombiana de Psicología*, *11*(1), 119–126. <https://doi.org/10.2/JQUERY.MIN.JS>
- Vallejo, A., Vicente Aleixandre, V., & Luis Stéphane Kouadio, D. (2021). Existencia y muerte: aproximación filosófica a la poesía de César Vallejo y Vicente Aleixandre. *Archivo Vallejo*, *4*(7), 15–36. <https://doi.org/10.31381/ARCHIVOVALLEJO.V4N7.5214>
- Varkey, B. (2021). Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Medical Principles and Practice*, *30*(1), 17. <https://doi.org/10.1159/000509119>
- Vázquez, C., Crespo, M., & Ring, J. (2000). Estrategias de afrontamiento. *Medición Clínica En Psiquiatría y Psicología*, *1*.
- Venegas, M. E., Lamas, V., Espinoza Venegas, M., Alvarado, O. S., & Barriga, O. (2011). Validation of Collett-Lester's Fear of Death Scale in a sample of nursing students. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *19*(5), 1171–1180. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000500015>
- Voyer, S., & Hatala, R. (2015). Debriefing and Feedback: Two sides of the same coin? *Simulation in Healthcare*, *10*(2), 67–68. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000075>
-

- Wakefield, M. K., Williams, D. R., Menestrel, S. Le, & Flaubert, J. L. (Eds.). (2021). *The Future of Nursing 2020-2030*. <https://doi.org/10.17226/25982>
- Wang, Y. (2021). Effectiveness of lecture-simulation-combined palliative care course to improve nursing students' knowledge, attitude and coping. *International Journal of Information and Education Technology*, *11*(4), 171–177. <https://doi.org/10.18178/IJiet.2021.11.4.1507>
- Warland, J. (2011). Using simulation to promote nursing students' learning of work organization and people management skills: A case-study. *Nurse Education in Practice*, *11*(3), 186–191. <https://doi.org/10.1016/J.NEPR.2010.08.007>
- Weaver, A. (2015). The Effect of a Model Demonstration During Debriefing on Students' Clinical Judgment, Self-confidence, and Satisfaction During a Simulated Learning Experience. *Clinical Simulation in Nursing*, *11*(1), 20–26. <https://doi.org/10.1016/J.ECNS.2014.10.009>
- Wei, X., Cang, S., & Hisrich, R. D. (2015). Entrepreneurial stressors as predictors of entrepreneurial burnout. *Psychological Reports*, *116*(1), 74–88. <https://doi.org/10.2466/01.14.PR0.116k13w1>
- Wende, M. C. van der. (2000). The Bologna Declaration: Enhancing the Transparency and Competitiveness of European Higher Education. *Higher Education in Europe*, *25*(3), 305–310. <https://doi.org/10.1080/713669277>
- Weurlander, M., Lönn, A., Seeberger, A., Broberger, E., Hult, H., & Wernerson, A. (2018). How do medical and nursing students experience emotional challenges during clinical placements? *International Journal of Medical Education*, *9*, 74. <https://doi.org/10.5116/IJME.5A88.1F80>
- Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J., Richardson, B., Hallett, J. S., & Clark, R. (2012). The Practical Nurse: A Case for COMFORT Communication Training. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, *30*(2), 162–166. <https://doi.org/10.1177/1049909112446848>
-

- Wong, B. S. H., & Shorey, S. (2022). Nursing students' experiences and perception of peer feedback: A qualitative systematic review. *Nurse Education Today*, *116*, 105469. <https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2022.105469>
- Woodruff, K., O'Neill, S. P., & Walton-Moss, B. J. (2017). Exploring APN students' perceptions, self-confidence, and satisfaction with clinical simulation. *Nursing Education Perspectives*, *38*(6), 347–349. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000176>
- World Health Organization. (2015). *The international statistical classification of diseases and related health problems, ICD-10* (10th ed.). World Health Organization.
- Wu, A., Roemer, E. C., Kent, K. B., Ballard, D. W., & Goetzel, R. Z. (2021). Organizational Best Practices Supporting Mental Health in the Workplace. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *63*(12), e925. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000002407>
- Wu, Q., Zhu, P., Ji, Q., Shi, G., Qian, M., Xu, H. W., Gu, X., Wang, W., & Zhang, Q. (2023). The effect of death education course utilizing constructivist learning theory on first grade undergraduate nursing student attitudes and coping abilities towards death: A mixed study design. *Nurse Education Today*, *126*, 105809. <https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2023.105809>
- Xu, J., Zhang, L., Ji, Q., Ji, P., Chen, Y., Song, M., & Guo, L. (2023). Nursing students' emotional empathy, emotional intelligence and higher education-related stress: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, *22*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/S12912-023-01607-Z/TABLES/4>
- Yoo, M. S., & Park, H. R. (2015). Effects of case-based learning on communication skills, problem-solving ability, and learning motivation in nursing students. *Nursing & Health Sciences*, *17*(2), 166–172. <https://doi.org/10.1111/NHS.12151>
- Yoong, S. Q., Wang, W., Seah, A. C. W., Kumar, N., Gan, J. O. N., Schmidt, L. T., Lin, Y., & Zhang, H. (2023). Nursing students' experiences with patient death and palliative and end-

- of-life care: A systematic review and meta-synthesis. *Nurse Education in Practice*, 69, 103625. <https://doi.org/10.1016/J.NEPR.2023.103625>
- Zheng, R., Guo, Q., Dong, F., & Gao, L. (2022). Death Self-efficacy, Attitudes Toward Death and Burnout among Oncology Nurses: A Multicenter Cross-sectional Study. *Cancer Nursing*, 45(2), 388–396. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000839>
- Zheng, R., Lee, S. F., & Bloomer, M. J. (2018). How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), 39–49. <https://doi.org/10.1111/JOCN.13975>
- Zhu, Y., Wang, H., & Wang, A. (2021). An evaluation of mental health and emotion regulation experienced by undergraduate nursing students in China during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(5), 1160. <https://doi.org/10.1111/INM.12867>
- Zuccala, M., Menzies, R. E., Hunt, C. J., & Abbott, M. J. (2022). A systematic review of the psychometric properties of death anxiety self-report measures. *Death Studies*, 46(2), 257–279. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1699203>
- Zulu, B. M., du Plessis, E., & Koen, M. P. (2021). Experiences of nursing students regarding clinical placement and support in primary healthcare clinics: Strengthening resilience. *Health SA Gesondheid*, 26. <https://doi.org/10.4102/HSAG.V26I0.1615>
- Zysberg, L., Orenshtein, C., Gimmon, E., & Robinson, R. (2017). Emotional intelligence, personality, stress, and burnout among educators. *International Journal of Stress Management*, 24(S1), 122. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/str0000028>

Sección 12

ANEXOS

12. Anexos

12.1. Dictamen favorable de la Comisión de Bioética y Bioseguridad de la Universidad de Extremadura



VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y TRANSFERENCIA

Campus Universitario
Avda de Elvas, s/n
06006 - BADAJOZ
Tel.: 924 28 93 05
Fax: 924 27 29 83

NºRegistro: 50//2023

D. JOÃO NUNO MEIRELES DA SILVA GONÇALVES RIBEIRO, SECRETARIO DE LA COMISIÓN DE BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD DE LA UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

INFORMA: Que una vez analizada por esta Comisión, en su sesión celebrada el 23/03/2023, la solicitud de Proyecto de Tesis titulado **“Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional en el afrontamiento en la humanización del proceso de morir en el alumnado de Ciencias de la Salud”**, cuyas Directoras son Dña. Noelia Durán Gómez y Dña. Macarena Celina Cáceres León y cuyo Investigador Principal es D. Miguel Ángel Martín Parrilla, ha decidido por unanimidad, valorar positivamente el precitado proyecto por considerar que se ajusta a las normas éticas esenciales cumpliendo con la normativa vigente al efecto.

Y para que conste y surta los efectos oportunos firmo el presente informe.

MEIRELES DA SILVA GONCALVES RIBEIRO JUAN NUNO - 08844642S
Firmado digitalmente por MEIRELES DA SILVA GONCALVES RIBEIRO JUAN NUNO - 08844642S
Fecha: 2023.05.03 09:40:51 +02'00'

DE FRANCISCO MORCILLO JAVIER - 28946338X
Firmado digitalmente por DE FRANCISCO MORCILLO JAVIER - 28946338X
Nombre de reconocimiento (DN): c=ES, serialNumber=IDCES-28946338X, givenName=JAVIER, sn=DE FRANCISCO MORCILLO, ou=DE FRANCISCO MORCILLO JAVIER - 28946338X
Fecha: 2023.05.03 09:57:59 +02'00'

V.º B.º

Fdo.: Javier de Francisco Morcillo
Presidente por delegación de la
Comisión de Bioética y Bioseguridad

12.2. Documento de información para los participantes y consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto: Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional en el afrontamiento en la humanización del proceso de morir en el alumnado de Ciencias de la Salud.

Participante:

Participante ID#:

Investigadora principal: D. Miguel Ángel Martín Parrilla

El investigador principal, D. Miguel Ángel Martín Parrilla, puede ser contactado en cualquier momento en el siguiente correo electrónico miguelangelmp@unex.es a fin de recabar información acerca del proyecto.

LEA DETENIDAMENTE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO Y ASEGÚRESE QUE ENTIENDE ESTE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN. POR FAVOR SI ESTÁ DE ACUERDO EN PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO, FIRME ESTE DOCUMENTO. POR SU FIRMA RECONOCE QUE HA SIDO INFORMADO DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO, DE SUS REQUISITOS Y SUS RIESGOS Y QUE ACEPTA LIBREMENTE PARTICIPAR EN ÉL. UNA COPIA DEL PRESENTE DOCUMENTO LE SERÁ ENTREGADA.

OBJETO DEL ESTUDIO.

Ha sido invitado/a a participar en un estudio de investigación dirigido a implementar y evaluar una metodología pedagógica basada en experiencias de aprendizaje basadas en simulación.

PROCEDIMIENTOS Y DURACIÓN DEL ESTUDIO.

Los únicos procedimientos a los que será sometido/a serán la realización de varios talleres de formación y cuestionarios pre y post intervención. La duración del proyecto será de dos cursos académicos (2022-2024), durante los cuales usted nos autoriza a utilizar los datos obtenidos por medio de los talleres y cuestionarios. Los datos que cede serán utilizados exclusivamente con finalidad de investigación sin ánimo de lucro.

Los cuestionarios pre y post están conformados por las siguientes preguntas y escalas de valoración: i) cuestionario sociodemográfico *ad hoc*, ii) escala de miedo a la muerte de Collet-Lester (BFODS), iii) escala de inteligencia emocional *Trait Meta Mood Scale* (TMMS-24), iv) *Maslach Bournout Inventory-Student Survey* (MBI-SS), v) escala de afrontamiento de la muerte de Bugen (CDS), y vi) escala de Satisfacción en Simulación Clínica de Alta Fidelidad (SCAF).

Los talleres versarán sobre: i) inteligencia emocional, ii) afrontamiento de la muerte, y iii) *burnout*. Se trabajarán los conceptos a través de contenidos teórico-prácticos y ejercicios de simulación que ayuden a desarrollar habilidades técnicas y no técnicas en los participantes.

RESULTADOS DEL ESTUDIO.

Al finalizar el estudio se le informará del resultado global del mismo si usted lo desea, pero NO de su resultado personal, que se tratará con total confidencialidad de acuerdo con la Declaración de Helsinki y la Ley 14/2007, de Investigación biomédica.

BENEFICIOS.

La participación en el proyecto no será recompensada económicamente.

COSTES.

Su participación en el proyecto no le supondrá ningún coste.

CONFIDENCIALIDAD DEL PROYECTO.

La investigadora principal del proyecto se compromete a que la confidencialidad de los datos que se puedan obtener en dicho proyecto será escrupulosamente observada, y que los datos personales de los sujetos participantes no serán conocidos por los investigadores del proyecto.

Para todo lo no previsto en este documento, se aplicará la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, BOE 274 de 15 de noviembre de 2002; Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de derechos digitales, BOE 294 de 6 de diciembre de 2018), sobre investigación biomédica (Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica; BOE 159 de 4 de julio de 2007) y cualquier otra que resultara aplicable.

Los resultados del estudio pueden ser publicados en revistas científicas o publicaciones de carácter general. No obstante, la información concerniente a su participación será mantenida como confidencial.

Recibirá una copia de esta hoja de información y del consentimiento informado firmado por usted.

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE.

He sido informado por el personal relacionado con el proyecto mencionado.

- Del fin para el que se utilizarán mis datos.
- De que los datos serán utilizados exclusivamente con finalidad de investigación sin ánimo de lucro.
- De que mis datos serán proporcionados de forma anónima a los investigadores del proyecto.
- De que en cualquier momento puedo solicitar información genérica sobre los estudios para los que se han utilizado mis datos.

He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Usted tiene derecho a participar o no en la investigación y a retirar su consentimiento en cualquier momento.

SE ME HA PROPORCIONADO COPIA DEL PRESENTE DOCUMENTO. ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.

Nombre:..... Firma:

Declaración del profesional de que ha informado debidamente al participante.

Nombre:..... Firma:

Badajoz/Cáceres/Mérida/Plasencia, a ____ de _____ de 20__

12.3. Encuesta sociodemográfica

Sexo:

- Hombre
- Mujer

Edad:

Estado civil:

- Soltero/a
- Casado/a
- Divorciado/a

Residencia, durante el Curso académico actual:

- Domicilio familiar.
- Vivo solo/a en piso alquilado o en propiedad.
- Comparto piso con otros estudiantes.
- Vivo en casa de familiares.
- Residencia universitaria.

Vía de acceso a los estudios de grado:

- EBAU.
- Ciclo Formativo FP.
- Acceso a mayores de 25 años.
- Acceso vía titulados.

Situación académica-administrativa:

¿Tiene asignaturas pendientes del curso pasado?

- Sí.
- No.

¿Has sido becado?

- Sí.
- No.

Grado de interés por los estudios de Grado de Enfermería.

Al ingreso:

- Muy alto.
- Alto.
- Medio.
- Bajo.
- Muy bajo

Momento actual:

- Muy alto.
- Alto.
- Medio.
- Bajo.
- Muy bajo.

Recibir esta formación.

- Muy alto
- Alto
- Medio
- Bajo
- Muy bajo.

Situación laboral actual:

¿Compagina estudios y trabajo?

- Sí.
- No.

¿Tiene otras obligaciones además de estudiar (cuidar a hijos, familiares, etc)?

- Sí.
- No.

¿Realiza usted alguna actividad para disminuir la ansiedad o el estrés?

- Sí*.
- No.

* En caso de respuesta AFIRMATIVA, indique que actividad realiza:

Situación médica actual:

¿Ha sufrido o está sufriendo el proceso de duelo patológico?

- Sí.
- No.

¿Recibe o ha recibido atención psicológica para ello?

- Sí.
- No.

¿Sufre alguna enfermedad crónica?

- Sí*.
- No.

* En caso de respuesta AFIRMATIVA, indique la enfermedad:

12.4. Escala de miedo a la muerte de Collett-Lester

1.....2.....3.....4.....5
 Nunca A veces Siempre

¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIA MUERTE en...?					
1. El morir solo.	1	2	3	4	5
2. La brevedad de la vida.	1	2	3	4	5
3. Todas las cosas que perderás al morir.	1	2	3	4	5
4. Morir joven.	1	2	3	4	5
5. Cómo se sentirá estar muerto/a.	1	2	3	4	5
6. No poder pensar ni experimentar nada nunca más.	1	2	3	4	5
7. La desintegración del cuerpo después de morir.	1	2	3	4	5
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIO PROCESO DE MORIR en...?					
1. La degeneración física que supone el proceso de morir.	1	2	3	4	5
2. El dolor que implica el proceso de morir.	1	2	3	4	5
3. La degeneración mental del envejecimiento.	1	2	3	4	5
4. La pérdida de facultades durante el proceso de morir.	1	2	3	4	5
5. La incertidumbre sobre la valentía con que afrontarás el proceso de morir.	1	2	3	4	5
6. Tu falta de control sobre el proceso de morir.	1	2	3	4	5
7. La posibilidad de morir en un hospital lejos de amigos y familiares.	1	2	3	4	5
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a LA MUERTE DE OTROS en...?					
1. La pérdida de una persona querida.	1	2	3	4	5
2. Tener que ver su cadáver.	1	2	3	4	5
3. No poder comunicarte nunca más con ella	1	2	3	4	5
4. Lamentar no haberte llevado mejor con ella cuando aún estaba viva.	1	2	3	4	5
5. Envejecer solo/a , sin la persona querida.	1	2	3	4	5
6. Sentirse culpable por el alivio provocado por su muerte.	1	2	3	4	5
7. Sentirte solo/a sin ella.	1	2	3	4	5

¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación AL PROCESO DE MORIR DE OTROS en...?					
1. Tener que estar junto a alguien que está muriendo.	1	2	3	4	5
2. Tener que estar junto a alguien que quiere hablar de la muerte contigo.	1	2	3	4	5
3. Ver cómo sufre dolor.	1	2	3	4	5
4. Observar la degeneración física de su cuerpo.	1	2	3	4	5
5. No saber cómo gestionar tu dolor ante la pérdida de una persona querida.	1	2	3	4	5
6. Asistir al deterioro de sus facultades mentales.	1	2	3	4	5
7. Ser consciente de que algún día también vivirás esta experiencia	1	2	3	4	5

12.5. Escala de inteligencia emocional Trait-Meta Mood Scale de 24 ítems

1.....2.....3.....4.....5
 Nada de acuerdo Totalmente de acuerdo

1. Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
3. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5. Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6. Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7. A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8. Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9. Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11. Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
12. Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14. Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15. A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16. Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
18. Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20. Intento tener pensamientos positivos, aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21. Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22. Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23. Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24. Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5

12.6. Maslach Bournout Inventory - Student Survey

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6
 Nunca/Ninguna vez Siempre/Todos los días

1. Las actividades académicas me tienen emocionalmente agotado.	0	1	2	3	4	5	6
2. He perdido interés en mis estudios desde que empecé la universidad.	0	1	2	3	4	5	6
3. Puedo resolver de manera eficaz los problemas relacionados con mis estudios.	0	1	2	3	4	5	6
4. Me encuentro agotado físicamente al final de un día en la universidad.	0	1	2	3	4	5	6
5. He perdido entusiasmo en los estudios.	0	1	2	3	4	5	6
6. Creo que contribuyo efectivamente con las clases a las que asisto.	0	1	2	3	4	5	6
7. Estoy exhausto de tanto estudiar.	0	1	2	3	4	5	6
8. En mi opinión soy buen estudiante.	0	1	2	3	4	5	6
9. He aprendido muchas cosas interesantes durante el curso de mis estudios.	0	1	2	3	4	5	6
10. Me siento cansado por la mañana cuando me levanto y tengo que afrontar otro día en la universidad.	0	1	2	3	4	5	6
11. Me he distanciado de mis estudios porque pienso que no serán realmente útiles.	0	1	2	3	4	5	6
12. Me estimula conseguir objetivos en mis estudios.	0	1	2	3	4	5	6
13. Estudiar o ir a clases todo el día es realmente estresante para mí.	0	1	2	3	4	5	6
14. Dudo de la importancia y el valor de mis estudios.	0	1	2	3	4	5	6
15. Durante las clases tengo la seguridad de que soy eficaz haciendo las cosas.	0	1	2	3	4	5	6

27. Sería capaz de hablar con un amigo o con un miembro de mi familia sobre su muerte.	1	2	3	4	5	6	7
28. Puedo disminuir la ansiedad de aquellos que están a mi alrededor cuando el tema es la muerte y el proceso de morir	1	2	3	4	5	6	7
29. Me puedo comunicar con los moribundos.	1	2	3	4	5	6	7
30. Puedo decir a la gente, antes de que ellos o yo muramos, cuánto los quiero.	1	2	3	4	5	6	7

12.8. Escala de satisfacción de la simulación clínica de alta fidelidad

1.....2.....3.....4.....5
 Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

1. Las instalaciones y los equipos han sido reales	1	2	3	4	5
2. Los objetivos de los casos han sido claros	1	2	3	4	5
3. Los casos recreaban situaciones reales	1	2	3	4	5
4. El tiempo para cada caso de simulación ha sido adecuado	1	2	3	4	5
5. El grado de dificultad de los casos ha sido adecuado a mis conocimientos	1	2	3	4	5
6. Me he sentido cómodo y respetado durante las sesiones	1	2	3	4	5
7. La simulación es útil para evaluar la situación clínica de un paciente	1	2	3	4	5
8. Con las prácticas en simulación aprendes a no cometer errores	1	2	3	4	5
9. La simulación me ha ayudado a establecer prioridades de actuación	1	2	3	4	5
10. La simulación ha mejorado mi capacidad de proporcionar cuidados a mis pacientes	1	2	3	4	5
11. La simulación me ha hecho reflexionar con respecto a mis próximas prácticas clínicas	1	2	3	4	5
12. Con la simulación mejora la comunicación y la capacidad de trabajo con el equipo	1	2	3	4	5
13. La simulación me ha hecho sentirme más preocupado/angustiado con respecto a las competencias que tiene que tener una enfermera	1	2	3	4	5
14. La simulación es beneficiosa pues relaciona la teoría con la práctica	1	2	3	4	5
15. La simulación nos ha permitido planificar el cuidado de los pacientes con eficacia	1	2	3	4	5
16. He mejorado mis habilidades técnicas	1	2	3	4	5
17. He reforzado el razonamiento crítico y la toma de decisiones	1	2	3	4	5
18. La simulación me ha ayudado a valorar el estado del paciente	1	2	3	4	5
19. Esta experiencia me ha ayudado a priorizar los cuidados	1	2	3	4	5
20. La simulación promueve la confianza en uno mismo	1	2	3	4	5
21. Me permite mejorar la comunicación con el equipo	1	2	3	4	5
22. Me permite mejorar la comunicación con la familia	1	2	3	4	5
23. Me permite mejorar la comunicación con el paciente	1	2	3	4	5
24. Este tipo de práctica ha aumentado mi seguridad	1	2	3	4	5
25. He perdido la calma durante alguno de los casos	1	2	3	4	5
26. La interacción con la simulación ha mejorado mi competencia clínica	1	2	3	4	5
27. El profesor se ha encargado de hacer retroalimentación constructiva después de cada sesión de simulación	1	2	3	4	5

28. El análisis (debriefing) al final de la sesión me ha ayudado a la reflexión de los casos	1	2	3	4	5
29. El análisis (debriefing) al final de la sesión me ha ayudado a corregir los errores	1	2	3	4	5
30. Sabía la parte teórica de los casos	1	2	3	4	5
31. He aprendido de los errores que cometí durante la simulación	1	2	3	4	5
32. Utilidad práctica	1	2	3	4	5
33. Satisfacción general de las sesiones	1	2	3	4	5

12.9. Rúbrica de desempeño de habilidades de comunicación

		1	2	3	4	5
Rendimiento de la simulación						
Expresiones faciales	Sus expresiones faciales nunca o casi nunca son acordes con la situación			En algunas ocasiones sus expresiones faciales no son acordes con la situación.		Sus expresiones faciales siempre son acordes a la situación
Postura corporal	Mantiene siempre una postura rígida. Muestra nerviosismo. Sus brazos no acompañan el discurso y está cerrado a la comunicación (están cruzados, manos ocultas).			En algunas ocasiones mantiene una postura corporal rígida, muestra nerviosismo, sus brazos no acompañan al discurso y se mantiene cerrado a la comunicación (brazos cruzados, manos ocultas)		Siempre mantiene una postura inclinada hacia delante y hacia la persona, se muestra relajado, los brazos acompañan al discurso. Durante la escucha los brazos y manos están visibles y abiertos.
Distancia interpersonal	La distancia personal no se ajusta a la situación, demasiado alejada o cercana durante toda la intervención.			En ocasiones la distancia personal no se ajusta a la situación, demasiado alejada o cercana durante toda la intervención.		La distancia interpersonal es la apropiada. Respeta el espacio del receptor y el suyo propio durante toda la intervención.
Contacto corporal adecuado a las necesidades del paciente <i>(Incluye intentar mantener contacto corporal cuando se perciba situación facilitadora y rectificar ante respuesta negativa del paciente)</i>	Nunca o casi nunca mantiene o no intenta mantener contacto corporal con el receptor a pesar de generarse una situación facilitadora. O bien, constantemente intenta mantener contacto corporal a pesar de que la intervención no lo permite o el receptor se muestra incómodo.			En ocasiones no mantiene o no intenta mantener contacto corporal con el receptor a pesar de generarse una situación facilitadora y el paciente se siente cómodo. O bien, en ocasiones intenta mantener contacto corporal a pesar de que la intervención no lo permite o el receptor se muestra incómodo, y rectifica.		Siempre, mantiene o intenta mantener contacto corporal con el receptor si la situación es facilitadora y el receptor se siente cómodo. O bien, nunca intenta mantener contacto corporal cuando la intervención no lo permite o el receptor se muestra incómodo.
Escucha activa <i>(contacto visual, asentimiento con la cabeza, sonidos que indican escucha)</i>	No mantiene contacto ocular en ningún momento. No hay sonidos/gestos que indican escucha o muestra de interés. O mantiene contacto ocular a pesar de que la situación no lo permite.			En situaciones que lo permite, en ocasiones, mantiene contacto ocular o hay sonidos/gestos que indican escucha o muestran interés.		Hay contacto ocular siempre que la situación lo permite. Realiza asentimientos con la cabeza y sonidos que indican escucha durante toda la intervención.

	1	2	3	4	5
Paralingüística (<i>usa un tono de voz adecuado</i>)	El tono de voz es inadecuado a la situación (directivo, bronco, duro, rígido, titubeante)		En ocasiones el tono de voz no es el adecuado a la situación (directivo, bronco, duro, rígido, titubeante)		Utiliza siempre un tono de voz adecuado (suave, entonación adecuada, seguro...)
Paralingüística (<i>realiza silencios funcionales, y no interrumpe</i>)	No realiza silencios funcionales e interrumpe constantemente.		En ocasiones, realiza silencios funcionales y no suele interrumpir.		Siempre que es oportuno realiza silencios funcionales y nunca interrumpe.
Adecuación de la terminología al nivel del paciente	Utiliza constantemente términos complejos (nivel de comprensión de lenguaje alto) y tecnicismos, que no son explicados por el emisor en términos sencillos, aunque el receptor pida una aclaración. Da por supuesta la comprensión de forma condescendiente		Utiliza, en ocasiones, términos complejos (nivel de comprensión de lenguaje alto) y tecnicismos, siendo explicados en términos sencillos únicamente cuando el receptor pide aclaración		Adecúa siempre la terminología a la comprensión del receptor. Si utiliza términos complejos, los explica en términos sencillos sin necesidad de que el receptor pida aclaración.
Escucha activa: clarificaciones (“¿A qué te refieres con...?”, “¿Qué quieres decir con...?”)	Nunca realiza ninguna clarificación, aunque hay diversos momentos para ello.		En ocasiones realiza clarificaciones con estructura adecuada, aunque durante la intervención hay más momentos adecuados para ello.		Siempre, que es oportuno a lo largo de la intervención, realiza clarificaciones con estructura adecuada.
Escucha activa: paráfrasis, reflejo, síntesis	Nunca realiza ninguna paráfrasis, reflejo, ni síntesis.		En alguna ocasión realiza paráfrasis, reflejo (en su defecto síntesis), aunque durante la intervención hay más momentos adecuados para ello.		Siempre, que es oportuno a lo largo de la intervención, realiza paráfrasis y reflejos, (en su defecto síntesis).
Respuesta de reacción: realiza preguntas	Nunca realiza preguntas abiertas, utiliza únicamente preguntas cerradas (sensación de interrogatorio), lo que no permite la expresión del receptor.		En ocasiones realiza preguntas abiertas que permite la expresión, pero siguen predominando las preguntas cerradas. O realiza preguntas abiertas, pero que no siendo adecuadas en estructura y/o no permiten la expresión abierta del receptor.		Siempre, que es oportuno a lo largo de la intervención, realiza preguntas abiertas, de una en una y dando oportunidad de expresión abierta del receptor. Utiliza preguntas cerradas con un objetivo concreto como centrar la conversación, pero no abusa de ellas.
Respuesta a la reacción emocional: respuesta empática	Siempre banaliza los problemas del receptor, da falsas esperanzas, no muestra comprensión por la emoción del receptor. Utiliza expresiones del tipo “es normal...”, “no se preocupe...”, “no pasa nada” o cambia de tema.		En ocasiones banaliza los problemas del receptor o da falsas esperanzas o no muestra comprensión por la emoción del receptor.		Siempre muestra comprensión sincera hacia los problemas y emociones del paciente, maneja adecuadamente la esperanza del paciente. Nunca banaliza los problemas importantes para el receptor.

	1	2	3	4	5
Respuesta a la reacción emocional: indagación	Nunca indaga sobre los aspectos emocionales que muestra el receptor, implícita o explícitamente.		En ocasiones indaga sobre los aspectos emocionales que preocupa y muestra el receptor, implícita o explícitamente.		Siempre, que es oportuno a lo largo de la intervención, indaga sobre los aspectos emocionales mostrados por el receptor, implícita o explícitamente.
Aplicación de las intervenciones adecuadas para el caso	Nunca aplica la intervención, ni ninguna fase del protocolo específico cuando la situación lo requiere.		En alguna ocasión a lo largo de la situación, aplica la intervención/protocolo o alguna de sus fases si cuando la situación lo requiere.		Siempre aplica la intervención/protocolo desde el inicio al final y/o en orden adecuado.
Cohesión entre los participantes (<i>respeto, no interrupciones</i>)	No existe respeto entre los miembros del equipo, se interrumpen entre ellos y no hay una adecuada organización (reparto de roles, liderazgo) en ningún momento de la intervención.		En ocasiones muestran respeto entre los miembros del equipo, pero u otras veces se interrumpen entre ellos, y no hay una adecuada organización entre ellos.		Siempre muestran respeto entre los miembros del grupo, nunca se interrumpen y hay una adecuada organización durante toda la intervención.
Evaluación del Debriefing					
Integración de los contenidos por los miembros del equipo.	Durante todo el Debriefing cada miembro muestra un nivel de conocimiento desigual.		Durante el Debriefing hay desigualdad en el nivel de conocimientos de los miembros en algunos aspectos.		Durante el Debriefing todos los miembros han integrado el contenido por igual de forma adecuada.
Participación atenta y respetuosa en la discusión grupal (<i>escucha</i>).	No muestran en ningún momento una buena actitud de predisposición al Debriefing. No participan o se muestran enfadados o no receptivos con las críticas constructivas.		En ocasiones o algunos miembros del grupo muestran una buena actitud de predisposición al Debriefing, participación, aceptación y recepción de las críticas constructivas.		Siempre y todos los miembros del grupo muestran una buena actitud de predisposición durante todo el Debriefing. Participan activamente, aceptan y se muestran receptivos con las críticas constructivas.
Análisis de actuación y alternativas de intervención.	No realizan en ningún momento análisis crítico sobre la situación. No realizan ninguna propuesta alternativa de intervención.		En algunas cuestiones o algunos miembros del grupo realizan un análisis crítico sobre la situación o propuestas de alternativas a la intervención realizada.		En todo momento y todos los miembros del grupo realizan un profundo análisis crítico sobre la situación, proponiendo alternativas de mejora en a la intervención realizada.
Reflexión acerca de las propuestas de mejora (<i>futuro</i>).	No realizan en ningún momento propuesta de mejora. No visualiza ninguna propuesta para incluirla en su futuro profesional.		Realiza alguna propuesta de mejora de abordaje de futuro sobre lo aprendido, pero no visualizan como incluirla en su futuro profesional.		Realizan una profunda propuesta de mejora para el futuro, cuestiones que han aprendido, y visualizan como incluirla en su futuro profesional.