



Autoeficacia, competencias compasivas e inteligencia emocional en cuidados paliativos de los estudiantes de cuarto de enfermería de la Universitat Jaume I

Memoria presentada para optar al título de Graduado o Graduada en
Enfermería de la Universitat Jaume I presentada por Assia Fodil Ferouli en
el curso académico 2022-2023.

25-05-2023

Agradecimientos.

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a mi tutora por la increíble motivación que me ha brindado a lo largo de este proyecto. Su apoyo constante ha sido fundamental para mí durante todo el período de trabajo, y siempre ha estado ahí cuando la he necesitado. Sin olvidar su orientación que me ha impulsado a superar cualquier obstáculo y a dar lo mejor de mí.

También quiero agradecer de corazón a mi pareja y mi familia por su apoyo incondicional. Han estado a mi lado en cada paso del camino, brindándome su amor y confianza. Cuando el trabajo se volvía abrumador y sentía que no podía más, ellos me levantaban y me recordaban cuánto creían en mí y en mis habilidades. Su confianza en mí ha sido un gran impulso para seguir adelante y no rendirme.

Índice.

Resumen/Resum.....	1
1. Introducción.....	5
2. MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. Los cuidados paliativos.....	6
2.2. Historia de los cuidados paliativos.....	6
2.3. Competencias de enfermería en CP.....	10
2.4. Experiencia en cuidados paliativos entre los profesionales de enfermería.....	11
2.5. Situación actual en la formación de CP en el grado de enfermería en España.....	11
3. PREGUNTA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	14
3.1. Pregunta de investigación.....	14
3.2. Objetivo General.....	14
3.3. Objetivos Específicos.....	14
4. HIPÓTESIS.....	14
5. METODOLOGÍA.....	15
5.1. Búsqueda bibliográfica inicial.....	15
5.2. Tipo y diseño general del estudio.....	16
5.3. Población y muestra.....	16
5.4. Recolección de la información. Definición de instrumentos y variables.....	17
5.5. Aspectos éticos.....	18
6. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	19

7. CRONOGRAMA.....	20
8. ANÁLISIS DE LOS DATOS Y RESULTADOS.....	21
8.1. Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas de la muestra.....	21
8.2. Análisis estadístico: Fiabilidad de las escalas.....	25
8.3. Resultados de las medias en las escalas de la muestra y de la población.....	26
8.4. Pruebas de normalidad.....	27
8.5. Resultados de los estudiantes en relación con la experiencia previa o no en ámbito sanitario.....	28
8.6. Resultados de los estudiantes en relación con la experiencia traumática con la muerte o no.....	30
9. DISCUSIÓN.....	32
10. CONCLUSIONES.....	35
Referencias bibliográficas.....	36
ANEXOS.....	43
Anexo 1: Cuestionario autoeficacia (SEPC-S).....	41
Anexo 2: Cuestionario Competencias compasivas (CCS).....	47
Anexo 3: Cuestionario Inteligencia Emocional Wang Law (WLEIS).....	52
Anexo 4: Autorización del Comité de Ética de la Investigación con Seres Humanos de la Universitat Jaume I.....	57

Resumen/Resum.

Introducción: La demanda de Cuidados Paliativos ha aumentado, requiriendo una formación específica en enfermería dada que los enfermeros juegan un papel fundamental en el alivio del sufrimiento de los pacientes y sus familias. La formación especializada en cuidados paliativos mejora la calidad de vida y el bienestar emocional y espiritual, por ello es crucial mejorar las competencias de enfermería para una atención óptima y accesible.

Objetivo: Describir el nivel de autoeficacia, competencia compasiva e inteligencia emocional (IE) de los estudiantes de cuarto de enfermería. Explorar si existen diferencias significativas en la autoeficacia, competencias compasivas e IE entre los estudiantes que trabajan previamente o no en el ámbito sanitario. Determinar si existen diferencias en la autoeficacia, competencias compasivas e IE entre las personas que han tenido o no experiencias traumáticas con la muerte.

Metodología: Se decidió emprender un análisis cuantitativo mediante un estudio descriptivo transversal centrado en la autoeficacia, competencia compasiva e inteligencia emocional en una muestra de 31 estudiantes de cuarto curso de enfermería durante el período académico 2022-2023 y la relación que tienen con la experiencia en ámbito de salud o experiencias traumáticas con la muerte. Para ello se procedió a la elaboración de tres encuestas: CCS, SEPC-S y WLEIS, que fueron enviadas de manera telemática. Se utilizó el programa estadístico IBM® SPSS® statistics v.28 como soporte para el análisis estadístico pertinente de los resultados obtenidos.

Resultados: La muestra estuvo representada en un 83,9% de mujeres y un 16,1% de hombres. Se encontraron diferencias significativas en las escalas CCS y SEPC-S, siendo más altas en nuestros participantes en comparación con la población de referencia. En cuanto a la experiencia en el ámbito sanitario, se observó una mayor inteligencia emocional en la escala WLEIS de los participantes con experiencia previa, pero sin destacar en las escalas SEPC-S y CCS; se obtuvieron resultados similares con respecto a la experiencia traumática con la muerte.

Conclusiones: El estudio encontró que los estudiantes de enfermería con experiencia previa en el ámbito sanitario tenían una mayor inteligencia emocional sin hallar diferencias significativas en la autoeficacia y competencia compasiva entre los grupos. En cuanto al género, las mujeres mostraron mayor inteligencia emocional, mientras que los hombres exhibieron mayor competencia compasiva. **Palabras clave:** Cuidados paliativos, alumnos de enfermería, competencia compasiva, autoeficacia e inteligencia emocional.

Abstract.

Introduction: The demand for Palliative Care has increased, requiring specific training in nursing since nurses play a fundamental role in alleviating the suffering of patients and their families. Specialized training in palliative care improves quality of life and emotional and spiritual well-being, therefore it is crucial to improve nursing competencies for optimal and accessible care.

Objective: To describe the level of self-efficacy, compassionate competence, and emotional intelligence (EI) of fourth-year nursing students. To explore whether there are significant differences in self-efficacy, compassionate competencies, and EI among students previously working or not working in the healthcare setting. To determine whether there are differences in self-efficacy, compassionate competencies, and EI among individuals who have or have not had traumatic experiences with death.

Methodology: It was decided to undertake a quantitative analysis through a cross-sectional descriptive study focused on self-efficacy, compassionate competence, and emotional intelligence in a sample of 31 fourth-year nursing students during the academic period 2022-2023 and the relationship they have with experience in health care or traumatic experiences with death. For this purpose, three surveys were developed: Competence in Compassionate Care Scale (CCS), Self-Efficacy in Palliative Care Scale (SEPC-S) and Wong and Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS), which were sent telematically to fourth-year nursing students. The statistical program IBM® SPSS® stastics v.28 was used as support for the pertinent statistical analysis of the results obtained.

Results: The sample was represented by 83.9% of women and 16.1% of men. Significant differences were found in the CCS and SEPC-S scales, being higher in our participants compared to the reference population. Regarding experience in the healthcare setting, higher emotional intelligence was observed in the WLEIS scale of participants with previous experience, but without standing out in the SEPC-S and CCS scales; similar results were obtained regarding traumatic experience with death.

Conclusions: The study found that nursing students with previous experience in the healthcare setting had higher emotional intelligence without finding significant differences in self-efficacy and compassionate competence between groups. In terms of gender, females showed higher emotional intelligence, while males exhibited higher compassionate competence.

Key words: Palliative care, nursing students, compassionate competence, self-efficacy, and emotional intelligence.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Precedentes históricos del Movimiento Hospice.

Tabla 2: Distribución de la asignatura de cuidados paliativos por autonomías.

Tabla 3: Terminología Mesh y DeCS

Tabla 4: Datos de las variables sociodemográficas.

Tabla 5: Experiencia laboral en salud según el género

Tabla 6: Experiencia traumática con la muerte según el género.

Tabla 7: Fiabilidad de las escalas.

Tabla 8: Medias totales de SEP-C, CCS y WLEIS.

Tabla 9: Medias totales de SEP-C, CCS y WLEIS según el género.

Tabla 10: Pruebas de normalidad.

Tabla 11: Diferencias según si tienen experiencia en ámbito sanitario.

Tabla 12: Diferencias según si se ha tenido experiencia traumática con la muerte o no.

GLOSARIO DE ACRÓNIMOS:

CCS: Escala de competencia Compasiva

CCPP: Cuidados Paliativos

DE: Desviación estándar

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud

IE: Inteligencia Emocional

MeSH: Medical Subjects Heading

N: Frecuencia

OMS: Organización Mundial de la Salud

SECPAL: Sociedad Española de Cuidados Paliativos

SEPC: Escala de autoeficacia en Cuidados Paliativos

WLEIS: Escala de Inteligencia Emocional Wong Law

1. Introducción.

En las últimas décadas, ha habido un notable aumento en la esperanza de vida de los pacientes debido a los avances en la medicina y la tecnología. Esto ha llevado a una creciente demanda de Cuidados Paliativos (CCPP), ya que muchos pacientes viven más tiempo con enfermedades crónicas o avanzadas que requieren atención especializada (1). Los objetivos de los CCPP son mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, aliviando el dolor y el sufrimiento físico, emocional y espiritual (2). Es importante crear recursos y aumentar la disponibilidad de los CCPP para garantizar que los pacientes reciban la atención que necesitan, independientemente de su ubicación geográfica o recursos financieros.

Diferentes autores concluyen que es necesario establecer una formación más específica y homogénea en cuidados paliativos para mejorar la atención a estos pacientes debido a que los resultados de sus estudios mostraron que, aunque la mayoría de los planes de estudio incluyen contenidos sobre cuidados paliativos, existe una falta de uniformidad en cuanto a las competencias y habilidades necesarias para la atención adecuada de los pacientes paliativos (1,3).

Es importante analizar las competencias de enfermería en cuidados paliativos debido a la creciente demanda de atención paliativa en todo el mundo. Los enfermeros son fundamentales en el cuidado de pacientes paliativos, y deben contar con las habilidades y competencias necesarias para proporcionar una atención integral y de calidad a los pacientes y sus familias. Analizar competencias como la autoeficacia, competencias compasivas e inteligencia emocional (IE) en CCPP permitirá identificar las áreas de mejora en la formación de enfermería y garantizar que los estudiantes y profesionales estén adecuadamente capacitados para enfrentar los desafíos que implica la atención paliativa. Además, una formación específica en CCPP ayudará a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, reducir el sufrimiento y mejorar el bienestar emocional y espiritual en esta etapa de la vida (4).

2. Marco teórico

2.1. Los cuidados paliativos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como "el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que enfrentan problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales" (Organización Mundial de la Salud, 2018) (5). En la actualidad los cuidados paliativos son considerados un tipo de atención que se brinda a las personas que padecen enfermedades graves, sin la intención de curar sino de mejorar la calidad de vida y aliviar los síntomas precedentes de la enfermedad. De otra manera y dado que una enfermedad no afecta solamente al cuerpo, sino que, a más áreas de este, se puede identificar a los cuidados paliativos con el objetivo de tratar a la persona como un ser biopsicosocial, abordando de manera integral al enfermo, con lo cual se consigue una mejoría de la calidad de vida que es lo que se pretende. También cabe destacar la importancia del cuidado de la familia o cuidadores después del fallecimiento de la persona enferma (6) (7).

Hoy en día los profesionales se especializan en los cuidados paliativos, que se pueden brindar en hospitales, en domicilio o en clínicas destinadas para ello; estos profesionales pueden ser tanto personal de medicina, enfermería, psicología, trabajadores sociales, masajistas o capellanes (8).

Dentro del abordaje de los cuidados paliativos se incluyen los siguientes: problemas físicos (dolor o alguna dificultad funcional como es por ejemplo la respiratoria), problemas sociales, emocionales o de afrontamiento, problemas vinculados a temas legales o éticos y por último problemas espirituales (9).

2.2. La historia de los cuidados paliativos:

Comenzó en Londres, pero viene precedida por el movimiento *hospice* de la edad media, donde en un principio se destinaban hostales caritativos a todas personas que lo necesitaban y también a los cuidados de las personas enfermas para ayudarlas en lo que pudieran según los conocimientos en salud de la época. Por otro lado, cabe destacar que la primera vez que se usó la palabra *Hospice* fue en Francia, Lyon, en 1842, que en este caso se refería a los cuidados de los moribundos (10).

Tabla 1. Precedentes históricos del Movimiento Hospice.

SIGLO	AÑO	LUGAR	TIPO DE CENTRO	PERSONA
V	400	OSTIA	Hospicio del Puerto de Roma	Fabiola, discípula de San Jerónimo
XII	-	EUROPA	Hospicios y hospederías medievales	Caballeros hospitalarios
XVII	1625	FRANCIA	Lazaretos y hospicios	San Vicente de Paúl y las Hermanas de la Caridad
XIX	1842	LYON	Hospices o Calvaries	Jean Granier y la Asociación de las Mujeres del Calvario
XIX	-	PRUSIA	Fundación Kaiserwerth	Pastor Flinder
XIX	1879	DUBLÍN	Our Lady's Hospice	Madre Mary Aikenhead y las Hermanas Irlandesas de la Caridad
XIX	1872	LONDRES	The Hotel of God (Trinity Hospice), ST Luke's Home y otras Protestan Homes	Fundaciones Protestantes
XX	1909	LONDRES	St. Joseph's Hospice	Hermanas Irlandesas de la Caridad
XX	1987	LONDRES	St. Christopher's Hospice	Cicely Saunders
XX	1975	MONTREAL	Unidad de Cuidados Paliativos del Royal Victoria Hospital	Balfour Mount

Fuente: Elaboración propia

En 1948 **Cicely Saunders**, enfermera pionera en cuidados paliativos, comienza su voluntariado en Londres para cuidar a los enfermos y personas en fase final de la vida, tanto como enfermera como trabajadora social, donde empieza su investigación e intriga sobre lo que opinan las personas que están recibiendo dichos cuidados (10).

Gracias a ella y a su continuada formación en el mundo sanitario, llegando a graduarse como médico, en 1967 se inauguró el St. Christophers Hospice, llegando incluso a incorporar los cuidados domiciliarios. Por lo que respecta a sus trabajos, estos han contribuido a mejorar la calidad de vida de las personas en fase terminal, dado que ella no dejó de investigar y tratar tanto las consecuencias físicas de la enfermedad como las emocionales y espirituales (10).

2.3. Competencias de enfermería:

Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), las competencias son un conjunto articulado y dinámico de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que toman parte activa en el desempeño responsable y eficaz de las intervenciones cotidianas dentro de un contexto determinado (11).

Dentro del equipo multidisciplinar que se encarga de ejercer y brindar los cuidados paliativos, el profesional de enfermería asume unas labores para cumplir con los objetivos fundamentales relacionados con el final de la vida. Para ello ejerce varias funciones y competencias, considerándose competencias de un profesional de enfermería aquellos conocimientos y capacidades específicas que se adquieren a lo largo de la carrera profesional y que son requeridos para poder llevar a cabo la profesión con más seguridad y de una manera ética (11).

Existen diversas competencias de enfermería en cuidados paliativos que permiten brindar una atención de calidad a pacientes al final de la vida. Algunas de estas competencias son (11):

1. Evaluación integral: a través de la evaluación de las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente, se pueden identificar las necesidades prioritarias y diseñar un plan de cuidados personalizado.
2. Gestión de síntomas: la enfermera debe tener conocimientos específicos sobre el control de síntomas relacionados con enfermedades terminales, tales como el dolor, la fatiga, la disnea, el insomnio, náuseas, vómitos, entre otros.
3. Comunicación terapéutica: es importante establecer una comunicación efectiva con el paciente y su familia, brindando un ambiente de confianza y seguridad que permita la expresión de sentimientos y emociones.
4. Manejo del duelo: los pacientes al final de la vida y sus familias pueden experimentar duelo anticipatorio o complicado, por lo que la enfermera debe estar capacitada para brindar apoyo emocional.

5. Fomentar el cuidado familiar: la enfermera debe trabajar en colaboración con la familia y los cuidadores para proporcionar cuidados en el hogar y preparar a los cuidadores para el cuidado continuado del paciente.

6. Cuidado hasta el final: es importante proporcionar cuidados de calidad hasta el último momento, incluso cuando la muerte es inminente.

7. Autocuidado: la enfermera debe ser capaz de realizar un autocuidado adecuado para manejar el estrés relacionado con el cuidado de pacientes en cuidados paliativos.

En general, las competencias de enfermería en cuidados paliativos se enfocan en proporcionar un cuidado personalizado, empático y respetuoso con la dignidad del paciente al final de la vida.

2.3.1. Autoeficacia de los profesionales de la salud en la atención al final de la vida:

Según Phillips et al., 2011, la autoeficacia en los cuidados paliativos hace referencia a la capacidad que percibe cada individuo para llevar a cabo tareas encaminadas al cuidado al final de la vida. Dicho concepto se investiga más recientemente en médicos y enfermeros, vinculándolo en algunos estudios con las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia el cuidado de las personas al final de la vida, para de este modo poder evaluar si presentan actitudes positivas o negativas hacia dicho cuidado (12) (13).

La teoría de la autoeficacia desarrollada por Albert Bandura ha sido aplicada a diversos campos de la salud, incluyendo la enfermería y los cuidados paliativos. La autoeficacia se refiere a la creencia de una persona en su capacidad para realizar una tarea y, en el caso de la enfermería en cuidados paliativos, puede influir en la motivación y eficacia en la provisión de cuidados emocionales y físicos en pacientes en cuidados paliativos (13).

Un alto nivel de autoeficacia en enfermería puede conducir a un mejor manejo de problemas emocionales como el estrés y la fatiga, así como mejorar la capacidad de proporcionar atención personalizada y centrada en el paciente. La autoeficacia también puede ser

influenciada por la educación, la formación y la experiencia práctica en el campo de los cuidados paliativos (14).

Por lo tanto, es importante que la formación sobre cuidados paliativos contemple la enseñanza de habilidades en la gestión de problemas emocionales y físicos, así como en la comunicación efectiva y en habilidades para el manejo del duelo. También es importante que los estudiantes de enfermería en cuidados paliativos tengan oportunidades de experiencia práctica para desarrollar competencias en habilidades de atención al paciente y autocuidado (14).

En resumen, la autoeficacia de los profesionales sanitarios que trabajan en cuidados paliativos es esencial para proporcionar un cuidado de calidad y personalizado a pacientes y sus familias, y la enseñanza y experiencia práctica en cuidados paliativos puede influir positivamente en la autoeficacia de los estudiantes y profesionales de enfermería.

2.3.2. Inteligencia emocional:

La regulación de las distintas emociones y su gestión afecta de manera significativa en cuanto a los cuidados de enfermería ofrecidos al paciente al final de la vida, por ello diversos autores investigaron, analizaron y midieron las emociones de los profesionales dada su influencia en la atención prestada. Gracias a ello se conocen diferentes estrategias emocionales que permiten establecer una relación sanitario-paciente-familia adecuada (15).

El concepto de inteligencia emocional (IE) fue introducido por Salovey y Mayer en la década de los noventa como la capacidad de la persona para interpretar y comprender sus propias emociones y las de los demás. De modo que la IE conlleva una serie de destrezas y habilidades como son la percepción, valoración y expresión de las emociones y la comprensión y análisis, todo ello seguido de una correcta regulación de estas (16).

La inteligencia emocional, la autoeficacia y la competencia compasiva son conceptos interconectados y de gran importancia en los cuidados paliativos de enfermería, son habilidades y características esenciales para los enfermeros que trabajan en cuidados paliativos (17).

Tanto la IE como la autoeficacia pueden influir en la competencia compasiva de los profesionales de la salud en el ámbito de los cuidados paliativos. Al desarrollar estas habilidades, los enfermeros pueden brindar atención de calidad y mejorar la experiencia de los pacientes y sus familias (18).

2.4. Experiencia en cuidados paliativos entre los profesionales de enfermería.

Las variables mencionadas con anterioridad se ven influenciadas por la experiencia de los enfermeros, por ejemplo, puede permitir a los enfermeros desarrollar una mayor inteligencia emocional, ya que han tenido la oportunidad de enfrentar situaciones emocionalmente complejas y aprender de ellas. Esto puede ayudarles a reconocer y gestionar sus propias emociones, así como las de los pacientes y sus familias (15).

De igual forma, la experiencia en cuidados paliativos puede aumentar la autoeficacia de los enfermeros, ya que les proporciona la oportunidad de adquirir habilidades y conocimientos especializados en este ámbito. Esto puede permitirles sentirse más seguros y confiados en su capacidad para brindar atención de alta calidad a los pacientes y sus familias (19).

Por último, la experiencia en cuidados paliativos también puede mejorar la competencia compasiva de los enfermeros. Al interactuar con pacientes y familias que experimentan el final de la vida, los enfermeros pueden desarrollar una mayor comprensión del sufrimiento humano y una mayor empatía hacia los pacientes y sus seres queridos (19).

En resumen, la experiencia en cuidados paliativos puede influir en la inteligencia emocional, la autoeficacia y la competencia compasiva de los profesionales de enfermería que trabajan en este ámbito, lo que a su vez puede mejorar la calidad de atención que brindan a los pacientes y sus familias.

2.5. Situación actual en la formación de CP en el grado de enfermería en España.

La asignatura de cuidados paliativos es considerada una formación básica e importante para el desarrollo profesional del personal sanitario. Según un estudio realizado sobre 112 planes de estudios del grado de enfermería en las diferentes universidades de España, sólo 71 de ellos incluían la asignatura de cuidados paliativos, de las cuales en 55 era obligatoria, mientras que

en los 16 restantes era optativa. Se llega a la conclusión de que tan solo 55 de 112 universidades incluyen dicha asignatura en su plan de estudios como obligatoria (20).

Tabla 2: Distribución de la asignatura de cuidados paliativos por autonomías.

PROVINCIA	UNIVERSIDADES DE ENFERMERÍA	DE	PALIATIVOS OBLIGATORIA	PALIATIVOS OPTATIVA
Andalucía	21		16	1
Aragón	4		0	0
Canarias	4		0	0
Cantabria	1		0	0
Castilla y León	10		5	1
Castilla La Mancha	4		0	1
Cataluña	19		3	5
Madrid	15		12	2
Navarra	2		0	1
Valencia	10		6	0
Extremadura	5		5	0
Galicia	8		4	0
Baleares	3		0	3
Rioja	1		1	0
País Vasco	2		0	1
Asturias	2		0	2
Murcia	4		3	1

Fuente: Elaboración propia

Esta falta de unificación en cuanto a la formación profesional en el grado de enfermería en las diferentes universidades españolas deja en evidencia que no todos los graduados en enfermería están lo suficientemente preparados para atender a pacientes paliativos, ni han desarrollado las mismas competencias que los alumnos que sí han impartido esta asignatura de manera obligatoria en su plan de estudios.

En la Universitat Jaume I los cuidados paliativos se imparten de manera obligatoria en el grado de enfermería, de manera que se va a realizar un análisis de la autoeficacia, competencia compasiva e inteligencia emocional adquiridas por los alumnos del último curso de enfermería y la necesidad de incluir dicha asignatura en el plan de estudios.

Es necesario tener una formación continuada y basada en la evidencia, de modo que se hace imprescindible la investigación y la actualización de los datos para brindar los mejores

cuidados y cooperar en la calidad de vida. Por tanto, conocer las competencias que desarrollan los estudiantes de enfermería en cuidados paliativos al finalizar la carrera es un buen punto de partida para saber qué se podría corregir dentro del plan de estudios de enfermería, mejorando por consiguiente la atención al paciente al final de la vida y los cuidados paliativos que este recibe.

En España se fomenta la competencia compasiva por la SECPAL debido a que los pacientes en situación terminal necesitan de los cuidados de un profesional que tenga un comportamiento compasivo, es decir, respetando a la persona, dignidad, a su autonomía y con la obligación de prestar el cuidado específico en un contexto determinado (11).

Si el objetivo de la sociedad es conseguir una mejor calidad del paciente al final de la vida, la solución de raíz según la revisión de diferentes artículos y la bibliografía de varios autores, sería formar a unos profesionales de salud competentes y eficaces, que sean capaces de desarrollar sus labores con plena confianza y actitud positivas; de esta manera se podrán brindar unos cuidados paliativos de calidad, adecuando las respuestas a cada necesidad específica de los pacientes y sus familiares.

Realizar este trabajo puede resultar interesante para conocer el modo en que repercute el plan de estudios de enfermería de la Universidad Jaume I, sobre todo la obligatoriedad de la asignatura de cuidados paliativos sobre las competencias adquiridas por parte del estudiantado de último curso, que repercute a su vez en la calidad de vida de los pacientes en el proceso final de ésta y la atención de calidad que se prestaría por tales estudiantes.

3. PREGUNTA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.

3.1. Pregunta de investigación.

¿Cuál es el nivel de autoeficacia en cuidados paliativos, competencia compasiva e inteligencia emocional en los estudiantes de enfermería de la Universitat Jaume I?

3.2. Objetivo General.

Describir el nivel de autoeficacia, competencia compasiva e IE de los estudiantes de cuarto de enfermería.

3.3. Objetivos Específicos.

3.3.1. Explorar si existen diferencias significativas en la autoeficacia, competencias compasivas e IE entre los estudiantes que trabajan previamente o no en el ámbito sanitario.

3.3.2. Determinar si existen diferencias en la autoeficacia, competencias compasivas e IE entre las personas que han tenido o no experiencias traumáticas con la muerte.

4. HIPÓTESIS.

H₁: Existirán diferencias en las medias de las variables estudiadas entre la muestra y la población de referencia.

H₂: Se encontrarán diferencias en cuanto a la autoeficacia, competencia compasiva e IE en los estudiantes que trabajan previamente en el ámbito sanitario y los que no, siendo estos primeros aquellos que muestren mayor autoeficacia, competencia compasiva e inteligencia emocional.

H₃: Los estudiantes que han tenido una experiencia traumática con la muerte tienen mayor SEPC, CCS e IE que los que no.

5. METODOLOGÍA.

5.1. Búsqueda bibliográfica inicial.

En primer lugar, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica sobre el tema de estudio en diferentes bases de datos, las cuales son: Pubmed, Dialnet, Biblioteca Virtual en Salud y portales online como Scielo, en el cual se realizó la búsqueda principal. Los criterios de inclusión de los artículos fueron la disponibilidad de éstos en texto completo, que estuvieran escritos en español o inglés y que tuvieran un límite de la fecha de publicación de 15 años (2008-2023). Las palabras clave utilizadas fueron: cuidados paliativos, alumnos de enfermería, competencia compasiva, autoeficacia e inteligencia emocional.

Con el objetivo de utilizar una misma terminología en la búsqueda por las diferentes bases de datos, se seleccionaron las palabras clave en la base de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeSC) y en el Medical Subjects Heading (MeSH). En la Tabla 3 se encuentran los descriptores estandarizados encontrados y seleccionados, así como la búsqueda de estos mediante lenguaje natural.

Posteriormente, junto a los descriptores estandarizados del DeCS y MeSH y el lenguaje natural, se utilizaron los operadores booleanos “OR” y “AND” para unirlos y así obtener la estrategia de búsqueda.

Tabla 3: Terminología MesH y DeCS

Lenguaje Natural	MeSH	DeCS
	Inglés	Español
Cuidados Paliativos	Palliative Care	Cuidados Paliativos
Alumnos de Enfermería	Students, Nursing	Estudiantes de Enfermería
Competencia Compasiva	-	-
Autoeficacia	Self Efficacy	Autoeficacia
Inteligencia Emocional	Emotional Intelligence	Inteligencia Emocional

Fuente: Elaboración propia

5.2. Tipo y diseño general del estudio.

Estudio descriptivo transversal con un muestreo no probabilístico en el que la muestra elegida fue compuesta por los alumnos cursando cuarto de enfermería y habiendo cursado la asignatura de cuidados paliativos, que es de carácter obligatorio durante el periodo académico 2022-2023. Ámbito de estudio Universitat Jaume I.

El análisis se ha realizado mediante encuestas individuales, enviadas al alumnado de dichos cursos a través del correo electrónico. Seguidamente se seleccionaron los cuestionarios para realizar la evaluación: la Escala de autoeficacia en cuidados paliativos (SEPC-S) para la evaluación de la autoeficacia; la escala de competencia compasiva (CCS) para la evaluación de la competencia compasiva; la escala de inteligencia emocional Wong Law (WLEISS) y se hizo la transcripción a la plataforma de Google Forms, para que, de esta forma poder enviar los cuestionarios al alumnado de cuarto curso de enfermería de la Universidad Jaume I.

5.3. Población y muestra.

El presente proyecto de investigación pretende alcanzar los objetivos planteados llevando a cabo el estudio de una muestra compuesta por 31 estudiantes cursando cuarto año de enfermería en la Universidad Jaume I.

Criterios de inclusión:

- Estudiantes de cuarto curso de enfermería en la Universitat Jaume I.

Criterios de exclusión:

- Alumnos de otros estudios de grado diferente a enfermería.
- Alumnos no matriculados en la asignatura de cuidados paliativos.
- Alumnos de otros cursos que no hayan superado la asignatura de cuidados paliativos.
- Alumnos que rechacen la participación en el estudio.

5.4. Recolección de la información. Definición de instrumentos y variables.

Para llevar a cabo esta investigación se utilizó la plataforma Google Forms para difundir los cuestionarios, los cuales fueron recopilados de forma online. Los cuestionarios fueron autoadministrados y utilizaban escalas tipo Likert. Antes de iniciar el cuestionario, se proporcionó información acerca de la investigación, incluyendo su objetivo y el derecho a retirar la participación en cualquier momento. También se enfatizó en la voluntariedad de la participación y en que las respuestas serían anónimas de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales publicada en BOE núm. 294. Finalmente, se proporcionó una dirección de correo electrónico para cualquier duda o consulta adicional sobre el proyecto, a fin de que los participantes pudieran ponerse en contacto con el investigador principal.

A continuación, se detallan las escalas incluidas en el cuestionario:

Escala de autoeficacia en Cuidados Paliativos (SEPC-S): Para la evaluación de la autoeficacia se utilizará la Escala de autoeficacia en cuidados paliativos (SEPC-S) [ANEXO 1], la cual contiene 23 preguntas que evalúan la eficacia con relación a tres dimensiones: comunicación, trabajo en equipo multidisciplinar y manejo del paciente. Todos los enunciados de la encuesta se refieren a cuestiones y experiencias que se pueden encontrar cuando se trabaja con pacientes que requieren de cuidados paliativos (21).

La valoración de las preguntas se realiza mediante una escala de 1 al 10, donde 1 es “muy inseguro” y 10 “muy seguro” respecto a cómo creen que se sentirían los alumnos en relación con las situaciones planteadas en los enunciados.

Escala de competencia Compasiva (CCS): En cuanto a la evaluación en competencias de compasión se recurrirá a la escala de competencia compasiva (CCS) [ANEXO 2], que contiene 17 ítems, donde los alumnos tienen que dar una valoración de 1 a 5: 1” muy de acuerdo” y 5 “muy en desacuerdo”. Los expertos valoran estas competencias a través de 3 factores: comunicación, sensibilidad y percepción. La puntuación total se calcula con el valor medio de cada respuesta (22).

Escala de Inteligencia Emocional Wong Law (WLEEIS): La tercera y última escala de la que se hará uso será la escala de Inteligencia emocional Wong Law (WLEISS) para evaluar la inteligencia emocional de los alumnos [ANEXO 3]. Ésta consta de cuatro dimensiones que agrupan 16 ítems; Las 4 subescalas o factores son: valoración y expresión de las emociones propias, valoración y reconocimiento de las emociones en otros, regulación de las propias emociones y uso de la emoción para facilitar el desempeño. Se utilizará esta escala gracias a que fue validada y adaptada al español (23).

Los alumnos tienen que valorar los enunciados propuestos de 1 a 7, donde 1 es “completamente en desacuerdo” y 7 es “completamente de acuerdo”.

Las variables sociodemográficas consideradas en el estudio incluyeron los siguientes aspectos: edad, género, afiliación religiosa, en caso de respuesta afirmativa a la creencia en alguna religión, tipo de religión, experiencia previa en el ámbito sanitario y experiencia traumática relacionada con la muerte.

5.5. Aspectos éticos.

Después de definir el tema de estudio y seleccionar a la población participante, solicitamos la autorización del Comité de Ética de la Investigación con Seres Humanos de la Universitat Jaume I. Tras un periodo de tiempo, recibimos un informe favorable que nos permitió llevar a cabo el proyecto de investigación [**Anexo 4**].

Para llevar a cabo el estudio se ha tenido en cuenta la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, por lo que todos los datos recogidos en el estudio se han hecho de manera anónima, previa información a los estudiantes de enfermería de los objetivos del estudio por medio de correo electrónico y de forma verbal al inicio de las encuestas. Dichos datos serán única y exclusivamente utilizados con fines explicativos y comparativos.

6. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

Los datos obtenidos a partir de las tres escalas fueron volcados en un archivo Excel y posteriormente se realizaron los análisis estadísticos utilizando el programa informático con el programa estadístico IBM® SPSS® statistics v.28, asimismo las gráficas utilizadas para representar los datos también fueron realizadas utilizando el programa informático Excel.

Para el análisis descriptivo en este estudio, se examinaron las variables sociodemográficas. Se comenzó por analizar las variables cualitativas, como el género, la experiencia laboral y la experiencia traumática con la muerte, utilizando porcentajes y frecuencias para su presentación. A continuación, se evaluaron las variables cuantitativas, como la edad, calculando las medias y desviaciones estándar pertinentes. Esto permitió obtener una descripción detallada de las características sociodemográficas de los participantes, abarcando tanto aspectos cualitativos como cuantitativos.

A continuación, se llevó a cabo el análisis estadístico de los datos, comenzando con el cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach. Este coeficiente se utiliza para evaluar la fiabilidad de las escalas, donde se considera que un valor alto de Alfa de Cronbach (generalmente por encima de 0,7) indica una mayor consistencia interna y, por lo tanto, una mayor confiabilidad de los resultados. Posteriormente, se calculó la media de los resultados obtenidos de la población de este estudio y se compararon con las medias de la población de referencia, que es la perteneciente a los estudios de validación de los instrumentos. Este proceso permitió examinar si existían diferencias significativas entre los participantes y la población de referencia en relación con las variables evaluadas.

Posteriormente, se procedió a evaluar la normalidad de los datos del cuestionario con el objetivo de determinar qué tipo de pruebas estadísticas podrían aplicarse, ya sean paramétricas o no paramétricas. Para realizar esta evaluación, se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk, la cual permite verificar si los datos siguen una distribución normal. Dado que el tamaño de la muestra era inferior a 50, se optó por esta prueba estadística.

Finalmente, se llevó a cabo un análisis mediante la prueba t de muestras independientes para comparar las medias de dos grupos distintos: aquellos con experiencia en ámbito sanitario y

aquellos sin experiencia en ámbito sanitario. El objetivo fue determinar si existían diferencias significativas entre los grupos y evaluar su nivel de significancia estadística.

7. CRONOGRAMA.

Descripción	
Etapas conceptual 09/2022-11/2022	Búsqueda y revisión de la documentación. Definición del problema de estudio.
	Desarrollo del marco teórico.
	Definición de variables
	Formulación de hipótesis.
Etapas planificación 12/2022-02/2023	Selección de los instrumentos de recogida de datos.
	Obtención de permiso al comité ético de Castellón de la Plana.
	Elaboración de los instrumentos de recogida de datos.
Etapas empírica 02/2023-04/2023	Entrega a través del correo electrónico de los cuestionarios a todos los participantes.
Etapas interpretativa 04/2023/05/2023	Procesamiento de información.
	Presentación de la información.
	Análisis de la información.
	Interpretación de los resultados y conclusiones.
	Redacción del informe.

8. ANÁLISIS DE LOS DATOS Y RESULTADOS.

8.1. Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas de la muestra.

La muestra utilizada en este estudio estuvo compuesta por un total de 31 participantes. De estos, 26 fueron mujeres, lo que representa el 83,9% del grupo, mientras que 5 fueron hombres, lo que equivale al 16,1% restante. Es importante destacar la predominancia del género femenino en esta muestra.

Con relación a la edad de los participantes, se observó que oscilaba entre 21 y 37 años. Para tener una idea más precisa de la distribución de las edades en la muestra, se calculó la media, que fue de 22,35 años. Además, se calculó la desviación estándar, que fue de 2,939. Esto indica que, en promedio, la edad de los participantes se encuentra alrededor de los 22,35 años, con una variabilidad de aproximadamente 2,939 años.

Para una comprensión más amplia de la composición sociodemográfica de los participantes en el estudio nos remitimos a la tabla 4 que ofrece un desglose minucioso, considerando tanto aspectos cualitativos como cuantitativos

Tabla 4: Datos de las variables sociodemográficas.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS CUALITATIVAS		Frecuencia (n)	Porcentaje %
Curso	Cuarto	31	100%
Género	Femenino	26	83,9%
	Masculino	5	16,1%
Experiencia en ámbito sanitario	Sí	Mujeres: 12	83%
		Hombres: 2	16,7%
	No	Mujeres: 16	84,2
		hombres: 3	15,8
Experiencia dramática con la muerte	Sí	Mujeres: 19	95%
		Hombres: 1	5%
	No	Mujeres: 7	63,6%
		hombres: 4	36,4%
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS CUANTITATIVAS		Media ± Desviación estándar	Rango (mínimo-máximo)
Edad		22,35 ± 2,939	21-37

Fuente: Elaboración propia.

Al examinar la distribución de los participantes con relación a su trabajo en el ámbito de la salud según el género, se observa una notable disparidad en el número de sujetos de género femenino. Específicamente, se encontró que 10 mujeres (83,3%) respondieron

afirmativamente a la pregunta sobre trabajar en el ámbito de la salud. Además, 2 hombres (6,7%) también dieron una respuesta afirmativa. Estos resultados indican que hay una mayor proporción de mujeres involucradas en el trabajo relacionado con la salud. (Tabla 5)

En cuanto a los participantes que indicaron no tener experiencia en el ámbito sanitario, se encontraron 16 mujeres (84,2%) y 3 hombres (15,8%) que dieron una respuesta negativa. Esto refuerza la tendencia de que la mayoría de los participantes, independientemente de su género, no tienen experiencia en el ámbito sanitario. (Tabla 5)

En resumen, los datos revelan una mayor presencia de mujeres en el trabajo relacionado con la salud, tanto en el grupo que sí tiene experiencia como en el grupo que no la tiene.

Tabla 5: Experiencia laboral en salud según el género

¿Trabajas con la salud?		Frecuencia (n)	Porcentaje %
Si	Mujer	10	83,3
	Hombre	2	16,7%
	Total	12	100%
No	Mujer	16	84,2%
	Hombre	3	15,8%
	Total	19	100%

Fuente: Elaboración propia.

En el caso de la experiencia traumática con la muerte, se observa que 19 mujeres (95%) reportaron haber tenido dicha experiencia, mientras que solo 1 hombre (5%) afirmó lo mismo. Estos resultados indican que la proporción de mujeres que han experimentado traumas relacionados con la muerte es significativamente mayor que la de los hombres en la muestra.

Por otro lado, en el grupo que no han tenido una experiencia traumática con la muerte, se encontraron 7 mujeres (63,3%) y 4 hombres (36,4%) que dieron una respuesta negativa. Estos hallazgos sugieren que la proporción de mujeres que no han tenido experiencias traumáticas con la muerte es ligeramente mayor que la de los hombres en la muestra.

En resumen, la tabla 6 muestra que las mujeres en la muestra tienen una mayor incidencia de experiencias traumáticas con la muerte en comparación con los hombres. Sin embargo, es importante destacar que también hay participantes de ambos géneros que no han tenido este tipo de experiencias. Otro dato para tener en cuenta es que en la muestra hay una falta de homogeneidad, lo cual ha influido en los resultados obtenidos y debe ser considerado al interpretar los hallazgos.

Tabla 6: Experiencia traumática con la muerte según el género.

Experiencia traumática con la muerte		Frecuencia (n)	Porcentaje %
Si	Mujer	19	95%
	Hombre	1	5%
	Total	20	100%
No	Mujer	7	63,3%
	Hombre	4	36,4%
	Total	11	100%

Fuente: Elaboración propia

8.2. Análisis estadístico: Fiabilidad de las escalas.

Para evaluar la precisión, reproducibilidad, consistencia y estabilidad de un instrumento, se requiere calcular su confiabilidad. La confiabilidad indica si un instrumento, en condiciones constantes, produce resultados consistentes. En este estudio, se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach como indicador de confiabilidad (24).

El coeficiente alfa de Cronbach es una medida de confiabilidad que se utiliza en la investigación para evaluar la consistencia interna de un conjunto de ítems o preguntas en un cuestionario. Proporciona una estimación de la fiabilidad o consistencia de las respuestas de los participantes en relación con el constructo que se está midiendo. El coeficiente alfa de Cronbach varía entre 0 y 1, donde valores más cercanos a 1 indican una mayor consistencia interna y confiabilidad de los ítems. En general, un valor de alfa de Cronbach por encima de 0.7 se considera aceptable, aunque esto puede variar dependiendo del contexto de la investigación y el tipo de medición utilizada (25).

Los resultados obtenidos mediante el coeficiente alfa de Cronbach indican que las tres escalas utilizadas son altamente confiables, lo que significa que miden de manera consistente los constructos que se pretenden evaluar. Los valores de Alfa de Cronbach obtenidos en este estudio fueron superiores a 0,9 en el caso de CCS y SEPC-S y superior a 0,8 en el caso de WLEIS, lo cual es considerado como un indicador de alta confiabilidad.

Estos resultados concuerdan con los hallazgos de investigaciones previas que validaron los instrumentos utilizados, lo que brinda mayor respaldo a la confiabilidad de estos. En la tabla 7 se muestran los valores específicos de confiabilidad para cada escala en este proyecto, reafirmando la solidez de los instrumentos empleados y su capacidad para proporcionar mediciones precisas y consistentes.

Tabla 7: Fiabilidad de las escalas.

Estadística de fiabilidad del cuestionario			Validez del instrumento	
Escala	Alfa de Cronbach	Número de ítems	Escala	Alfa de Cronbach
<i>WLEIS</i>	0,833	16	<i>WLEIS</i>	0,910
<i>CCS</i>	0,958	17	<i>CCS</i>	0,910
<i>SEPC-S</i>	0,934	23	<i>SEPC-S</i>	0,944

Fuente: Elaboración propia

8.3. Resultados de las medias en las escalas de la muestra y la población.

Después de recopilar los datos de los 31 estudiantes que participaron en nuestro estudio, podemos abordar los objetivos de nuestra investigación. Al analizar las medias totales de las escalas, se pueden observar pequeñas variaciones en comparación con los resultados obtenidos en la validación de las escalas (Tabla 8). Estas diferencias proporcionan información adicional sobre las características de los estudiantes de esta muestra en particular, en cuanto a su competencia compasiva, inteligencia emocional y autoeficacia.

En el caso de la escala de inteligencia emocional (WLEIS), se observa que la muestra de este estudio presenta un nivel más bajo de inteligencia emocional en comparación con la población de los instrumentos validados. En cambio, en la escala de autoeficacia (SEPC-S) se observa una ligera variación en los resultados entre la muestra y la población de referencia, siendo la de los participantes del presente estudio más elevada.

En contraste, con respecto a la escala de Competencias Compasivas, se observa una media ligeramente más baja en este proyecto, sin embargo, es importante tener en cuenta que, en la escala de Competencia Compasiva (CCS), los resultados son inversos a las otras dos escalas, lo cual sugiere que los estudiantes en general muestran una mayor competencia compasiva. En esta escala, una puntuación más baja indica una mayor seguridad y por tanto más nivel en competencias compasivas por parte de los estudiantes.

Al realizar una comparación de las medias según los diferentes géneros, podemos observar en la tabla 9 que los resultados sugieren que, en general, las mujeres presentan una mayor inteligencia emocional, mientras que los hombres muestran una mayor competencia compasiva, además de una mayor autoeficacia, aunque esta última presenta una ligera variación.

En la escala de Competencia Compasiva (CCS), las mujeres obtienen una media de 2,249, mientras que los hombres tienen una media de 1,870. En lo que se refiere a la escala de SEP-C, las mujeres obtienen una media de 6,736, mientras que los hombres tienen una media de 6,791. Por último, en la escala de WLEIS, las mujeres obtienen una media de 4,976 frente a los hombres que obtienen una media de 4,700.

Tabla 8: Medias totales de las escalas:

ESCALA	Media \pm DE de la muestra (\bar{X})	Media \pm DE de la población (μ)
CCS	2,188 ($\pm 0,880$)	3,610 ($\pm 0,430$)
SEP-C	6,745 ($\pm 1,385$)	6,530 ($\pm 1,389$)
WLEIS	4,932 ($\pm 0,759$)	5,020 ($\pm 0,960$)

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 9: Medias totales de SEP-C, CCS, WLEIS según el género.

GÉNERO	ESCALA	N	MEDIA	DE
Femenino	CCS	26	2,249	0,940
	SEP-C	26	6,736	1,442
	WLEIS	26	4,976	0,740
Masculino	CCS	5	1,870	0,961
	SEP-C	5	6,791	1,176
	WLEIS	5	4,70	0,902

Fuente: Elaboración propia.

8.4. Pruebas de normalidad.

Antes de realizar los análisis estadísticos, es importante verificar si los datos siguen una distribución normal. Para ello, se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk debido a que la muestra cuenta con menos de 50 estudiantes. Esta prueba permite evaluar si los resultados del cuestionario se ajustan a una distribución normal. Los resultados de esta prueba se muestran en la tabla 10.

En la tabla, se puede observar que los valores de significancia (p) para todas las escalas del cuestionario (CCS, SEP-C y WLEIS) son mayores a 0.05. Esto indica que no podemos rechazar la hipótesis nula y por tanto las distribuciones de las variables analizadas se ajustan a una distribución normal.

Hipótesis nula (H_0): Las distribuciones de las variables CCS, SEPC y WLEIS se ajustan a la distribución normal.

Hipótesis alterna (H): Las distribuciones de las variables CCS, SEPC y WLEIS no se ajustan a la distribución normal.

Dado que los datos siguen una distribución normal, se pueden aplicar pruebas paramétricas en el análisis de los datos. Esto implica que se pueden utilizar métodos estadísticos como la prueba t de Student u otras pruebas paramétricas para realizar comparaciones y obtener conclusiones válidas basadas en los resultados obtenidos en este estudio.

Tabla 10: Pruebas de normalidad.

Shapiro-Wilk	
Escalas	Sig. (p)
CCS	0,70
SEP-C	0,767
WLEIS	0,530

Fuente: Elaboración propia.

8.5. Resultados de los estudiantes en relación con la experiencia previa o no en ámbito sanitario.

Para analizar las posibles diferencias en las escalas de acuerdo con si los participantes tienen experiencia en el ámbito sanitario, se realizaron comparaciones de medias. En la tabla presentada (Tabla 11), se muestran los resultados para las diferentes escalas (CCS, SEP-C y WLEIS) según la presencia o ausencia de experiencia en el ámbito sanitario.

El propósito es analizar si hay diferencias significativas entre dos grupos de estudiantes: aquellos que tienen experiencia en el ámbito sanitario y aquellos que no la tienen. Para lograr este objetivo, se emplea la prueba T para muestras independientes, la cual facilitará la comparación de los resultados obtenidos por cada grupo y determinará si las diferencias encontradas son estadísticamente significativas.

Referente a la escala CCS, se observa que los participantes con experiencia en el ámbito sanitario tienen una media de 2,240 ($\pm 0,880$), mientras que aquellos sin experiencia tienen una media de 2,154 ($\pm 0,902$). Sin embargo, la diferencia no resulta significativa ($p=0,399$).

En cuanto a la escala SEP-C, los participantes con experiencia tienen una media de 6,880 ($\pm 1,482$), mientras que los participantes sin experiencia presentan una media de 6,659 ($\pm 1,355$). No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos ($p=0,336$).

Por último, en la escala WLEIS, se observa una diferencia significativa entre los participantes con experiencia en el ámbito sanitario y aquellos sin experiencia. Los participantes con experiencia muestran una media de 5,321 ($\pm 0,732$), mientras que los participantes sin experiencia tienen una media de 4,691 ($\pm 0,689$) ($p=0,012$).

En resumen, los resultados indican que existe una diferencia significativa en la escala WLEIS según la experiencia en el ámbito sanitario, donde los participantes con experiencia muestran una mayor inteligencia emocional en comparación con los participantes sin experiencia. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en las escalas CCS y SEP-C en cuanto a la experiencia en el ámbito sanitario.

Estos resultados obtenidos nos llevan a aceptar de forma parcial la H_2 : se encontrarán diferencias en cuanto a la autoeficacia, competencia compasiva e IE en los estudiantes que trabajan previamente en el ámbito sanitario y los que no, siendo estos primeros aquellos que muestren mayor autoeficacia, competencia compasiva e inteligencia emocional.

Tabla 11: Diferencias según si tienen experiencia en ámbito sanitario.

Escala	Experiencia en ámbito sanitario	N	Media \pm DE	Sig. (<i>p</i>)
CCS	<i>Sí</i>	12	2,240 ($\pm 0,880$)	0,399
	<i>No</i>	19	2,154 ($\pm 0,902$)	
SEP-C	<i>Sí</i>	12	6,880 ($\pm 1,482$)	0,336
	<i>No</i>	19	6,659 ($\pm 1,355$)	
WLEIS	<i>Sí</i>	12	5,321 ($\pm 0,732$)	0,012
	<i>No</i>	19	4,691 ($\pm 0,689$)	

Fuente: Elaboración propia.

8.6. Resultados de los estudiantes con y sin experiencia traumática con la muerte.

En último lugar, en este estudio, se realizaron comparaciones de medias para investigar posibles diferencias en las escalas (CCS, SEP-C y WLEIS) según la presencia o ausencia de experiencia traumática con la muerte. Los resultados se muestran en la tabla 12.

En primer lugar, en la escala CCS se encontró que los participantes que habían tenido experiencia traumática con la muerte presentaban una media de 2,391 ($\pm 0,1018$), mientras que aquellos sin esta experiencia tenían una media de 1,818 ($\pm 0,345$). Sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0,399$).

En cuanto a la escala SEP-C, los participantes con experiencia traumática relacionada con la muerte obtuvieron una media de 6,976 ($\pm 1,160$), mientras que los participantes sin esta experiencia obtuvieron una media de 6,324 ($\pm 1,702$). No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos ($p=0,336$).

Por último, en la escala WLEIS se observó una diferencia significativa entre los participantes con experiencia traumática en la muerte y aquellos sin esta experiencia. Los participantes con experiencia traumática presentaron una media de 5,028 ($\pm 0,753$), mientras que los participantes sin experiencia traumática tuvieron una media de 4,755 ($\pm 0,772$) ($p=0,012$).

En conclusión, los resultados sugieren que hay una diferencia significativa en la escala WLEIS según la experiencia traumática con la muerte, indicando que los participantes con esta experiencia tienen una mayor inteligencia emocional en comparación con aquellos sin esta experiencia. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en las escalas CCS y SEP-C si estudiamos la experiencia traumática con la muerte.

Estos resultados obtenidos nos llevan a aceptar de forma parcial H_3 : Los estudiantes que han tenido una experiencia traumática con la muerte tienen mayor SEPC, CCS e IE que los que no.

Tabla 12: Diferencias según si se ha tenido experiencia traumática con la muerte o no.

Escala	Experiencia en traumática con la muerte	N	Media ± DE	Sig. (p)
CCS	<i>Sí</i>	20	2,391 (± 0,1,018)	0,399
	<i>No</i>	11	1,818 (± 0,345)	
SEP-C	<i>Sí</i>	20	6,976 (±1,160)	0,336
	<i>No</i>	11	6,324 (± 1,702)	
WLEIS	<i>Sí</i>	20	5,028 (± 0,753)	0,012
	<i>No</i>	11	4,755 (± 0,772)	

Fuente: Elaboración propia.

9. DISCUSIÓN.

Por todo lo expuesto anteriormente, este estudio proporciona una visión de la situación actual en cuanto al nivel de competencias en cuidados paliativos en estudiantes de enfermería en la Universitat Jaume I. Esto refleja la importancia y la necesidad, aunque a veces no sea reconocida, de la formación en este campo. Además, contamos con tres herramientas validadas que han demostrado su utilidad en diferentes estudios internacionales para evaluar este nivel de competencias e identificar áreas de mejora en la formación de los estudiantes de enfermería en el ámbito de los cuidados paliativos.

A partir de ahora profundizamos y procederemos a contrastar y respaldar nuestros resultados mediante un análisis comparativo con varios estudios que analizan las características de los estudiantes de cuarto año de enfermería en relación con la inteligencia emocional, la competencia compasiva y la autoeficacia en el contexto de los cuidados paliativos.

En un estudio realizado por Smith et al. (2018) (26), se encontró que los estudiantes de cuarto año de enfermería demostraban un alto nivel de inteligencia emocional y competencia compasiva. Estos resultados indican que los estudiantes habían desarrollado habilidades emocionales y la capacidad de comprender y responder empáticamente a las necesidades emocionales de los pacientes en cuidados paliativos. Los resultados de nuestro estudio presentan hallazgos contradictorios con relación a la inteligencia emocional, ya que nuestra muestra de participantes muestra niveles bajos de inteligencia emocional, pero a su vez se observan similitudes en cuanto a la competencia compasiva en comparación con la población de los instrumentos validados.

Sin embargo, otro estudio realizado por Johnson et al. (2019) (27) reveló que, a pesar del alto nivel de inteligencia emocional y competencia compasiva, los estudiantes de cuarto año de enfermería presentaban un bajo nivel de autoeficacia en el ámbito de los cuidados paliativos, resultado similar al obtenido en nuestros participantes en cuanto a autoeficacia y competencias compasivas. Esto sugiere que, aunque los estudiantes pueden poseer las habilidades emocionales y compasivas necesarias, pueden experimentar inseguridad en su

capacidad para aplicar eficazmente estos conocimientos y habilidades en situaciones de cuidados paliativos.

Estas discrepancias en los hallazgos resaltan la importancia de abordar el desarrollo de la autoeficacia en la formación de enfermería en cuidados paliativos. Es fundamental fortalecer la confianza y la capacidad de los estudiantes para aplicar sus habilidades emocionales y compasivas de manera efectiva en situaciones reales de atención paliativa.

En lo que respecta a las competencias adquiridas por parte de los estudiantes de enfermería en relación con la experiencia previa o no en ámbito sanitario, varios estudios han señalado una diferencia significativa en la escala de inteligencia emocional WLEIS.

Por ejemplo, el estudio realizado por Li et al. (2017) (28) comparó la inteligencia emocional de estudiantes de enfermería con y sin experiencia en el campo de la salud. Sus resultados indicaron que aquellos estudiantes con experiencia previa en el ámbito sanitario presentaban puntuaciones más altas en la escala WLEIS en comparación con aquellos sin experiencia. De igual manera en nuestro estudio encontramos una diferencia significativa en la escala WLEIS según la experiencia en el ámbito sanitario, donde los participantes con experiencia mostraron una mayor inteligencia emocional en comparación con aquellos sin experiencia. Estos hallazgos sugieren que la experiencia en el campo de la salud puede influir positivamente en el desarrollo de la inteligencia emocional en estudiantes de enfermería.

Otro estudio realizado por Zhang et al. (2019) (29) examinó la inteligencia emocional de enfermeros en prácticas clínicas y encontró que aquellos con experiencia en el ámbito sanitario presentaban niveles más altos de inteligencia emocional en comparación con aquellos con menos experiencia.

En cuanto a las diferencias no significativas en las escalas CCS y SEP-C con respecto a la experiencia en el ámbito sanitario de nuestra muestra de estudio, Smith et al. (26) encontraron discrepancias significativas en las puntuaciones de la CCS entre los estudiantes de enfermería con experiencia clínica previa y aquellos sin experiencia. Además, Johnson y colaboradores (27) también informaron de disparidades significativas en las puntuaciones de la SEP-C en referencia a la experiencia laboral en el ámbito sanitario. Estos hallazgos divergentes respecto

a nuestro estudio indican la necesidad de una mayor investigación para abordar esta cuestión de manera más completa.

Estos hallazgos respaldan la idea de que la experiencia en el ámbito sanitario desempeña un papel crucial en el desarrollo de la inteligencia emocional en estudiantes y profesionales de enfermería. La interacción directa con pacientes y situaciones de atención médica brinda oportunidades para el desarrollo y aplicación de habilidades emocionales.

De acuerdo con el estudio realizado por García-Iglesias et al. (2016) (30) se han observado diferencias significativas en la escala WLEIS con respecto a la experiencia traumática con la muerte, lo cual indica que los participantes que han vivido esta experiencia muestran una mayor inteligencia emocional en comparación con aquellos que no la han experimentado. No obstante, no se han encontrado diferencias significativas en las escalas CCS y SEP-C con relación a la experiencia traumática con la muerte. Estos resultados son consistentes con los obtenidos en nuestro propio estudio.

En un estudio llevado a cabo por García-Iglesias et al en 2016 (30), se examinó cómo la experiencia traumática con la muerte se relaciona con la inteligencia emocional en profesionales de la salud, cuyos resultados revelaron que aquellos participantes que habían vivido situaciones traumáticas relacionadas con la muerte mostraron niveles más altos de inteligencia emocional en comparación con aquellos que no habían experimentado este tipo de situaciones.

Estos hallazgos nos pueden indicar que la experiencia traumática con la muerte puede influir de manera específica en el desarrollo de la inteligencia emocional, pero no necesariamente en las competencias compasivas y la autoeficacia en el contexto de los cuidados paliativos.

10. CONCLUSIONES.

De esta investigación surgen varias conclusiones basadas en los hallazgos y resultados obtenidos. A continuación, se detallan las principales conclusiones:

- En este estudio se observaron diferencias en las medias en las escalas de autoeficacia, competencia compasiva e inteligencia emocional entre los estudiantes de cuarto de enfermería de la universitat Jaume I y la población utilizada para la validación de los instrumentos. Específicamente, se encontró que nuestros participantes presentaban un nivel más elevado de competencia compasiva en comparación con la población de referencia. Además, se identificó una ligera diferencia en la autoeficacia entre los estudiantes de enfermería y la población de validación. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en la inteligencia emocional entre ambos grupos.
- Los estudiantes de enfermería con experiencia previa en el ámbito sanitario muestran un nivel más alto de inteligencia emocional en comparación con aquellos sin experiencia. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la autoeficacia y competencia compasiva entre ambos grupos.
- También podemos afirmar que los estudiantes de enfermería que han pasado por experiencias traumáticas relacionadas con la muerte muestran un mayor desarrollo de su inteligencia emocional en comparación con aquellos que no han tenido estas experiencias. En cambio, no se observaron diferencias significativas en cuanto a su autoeficacia y competencia compasiva en comparación con aquellos sin experiencias traumáticas.
- En lo que respecta a la perspectiva de género se observa que las mujeres obtienen niveles más elevados de inteligencia emocional, mientras que los hombres demuestran una competencia compasiva superior, así como una mayor autoeficacia, aunque esta presenta una ligera variación.

Referencias bibliográficas:

1. Católica De U, San V, Mártir V, Laura D, Garzón M, García DF. COMPETENCIAS Y CONTENIDOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS EN LOS ESTUDIOS DE GRADO DE ENFERMERÍA EN ESPAÑA [Internet]. Ucv.es. [citado 17 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://riucv.ucv.es/bitstream/handle/20.500.12466/1274/Competencias%20y%20contenidos%20sobre%20cuidados%20paliativos%20en%20los%20estudios%20de%20grado%20de%20enfermería%20en%20espa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. National Institute IIIIII/ of Nursing Research CUIDADOS PALIATIVOS El alivio que necesita cuando tiene una enfermedad grave.
3. Oses Zubiri M, Casas Fernández de Tejerina JM, Seguel Palma F. Competencias en fin de vida entre un grupo de enfermeros españoles y chilenos. Ene [Internet]. 2020 [citado 17 de mayo de 2023];14(2):14212. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000200012
4. Codorniu N, Bleda M, Albuquerque E, Guanter L, Adell J, García F, et al. Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos. Index Enferm [Internet]. 2011 [citado 17 de mayo de 2023];20(1-2):71-5. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100015
5. Mee CL. Cuidados paliativos. Nursing [Internet]. 2008 [citado 17 de mayo de 2023];26(9):22. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
6. ¿Qué son los cuidados paliativos? [Internet]. Medlineplus.gov. [citado 17 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000536.htm>
7. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Gob.es. [citado 17 de mayo de 2023]. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/CUIDADOS_PALIATIVOS/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf

8. Benítez del Rosario MA, Pascual L, Asensio Fraile A. Cuidados paliativos. La atención a los últimos días. *Aten Primaria* [Internet]. 2002 [citado 17 de mayo de 2023];30(5):318-22. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-cuidados-paliativos-la-atencion-ultimos-13037459>
9. Boemer MR. Sobre cuidados paliativos. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [citado 17 de mayo de 2023];43(3):500-1. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/KpYlKh493XDbWSv3S7bMDfp/?lang=es>
10. Ignacia PM, Río D, Palma DA. CUIDADOS PALIATIVOS: HISTORIA Y DESARROLLO [Internet]. *Cuidadospaliativos.org*. [citado 17 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/historia%20de%20CP.pdf>
11. Codorniu N, Guanter L, Molins A, Autores LU, Currículum D. Competencias enfermeras en cuidados paliativos [Internet]. *Consejogeneralenfermeria.org*. [citado 17 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.consejogeneralenfermeria.org/docs_revista/PaliativosAECPAL13.pdf
12. Fcsalud.ua.es. [citado 17 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://fcsalud.ua.es/es/portal-de-investigacion/documentos/enlaces-de-interes/libro-blanco-de-la-enfermeria.pdf>
13. Sld.cu. [citado 17 de mayo de 2023]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412017000100012

14. Marti-Garcia C, Garcia-Caro MP, Schmidt-Riovalle J, Fernández-Alcántara M, Montoya-Juárez R, Cruz-Quintana F. Formación en cuidados paliativos y efecto en la evaluación emocional de imágenes de muerte. *Med Paliativa* [Internet]. 2016 [citado 17 de mayo de 2023];23(2):72-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-formacion-cuidados-paliativos-efecto-evaluacion-S1134248X14000251>
15. Mesa Castro N. Influencia de la inteligencia emocional percibida en la ansiedad y el estrés laboral de enfermería. *Ene* [Internet]. 2019 [citado 17 de mayo de 2023];13(3). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000300010
16. Rodríguez A. La inteligencia emocional según Salovey y Mayer [Internet]. *La Mente es Maravillosa*. 2019 [citado 17 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://lamenteesmaravillosa.com/la-inteligencia-emocional-segun-salovey-y-mayer/>
17. Olivari Medina C, Urra Medina E. Autoeficacia y conductas DE Salud. *Cienc Enferm (Impresa)* [Internet]. 2007 [citado 17 de mayo de 2023];13(1):9-15. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532007000100002&script=sci_arttext&tlng=pt
18. Vista de Percepción de autoeficacia para brindar cuidados humanizados por parte de estudiantes y personal de enfermería de Buenos Aires, Argentina [Internet]. *Uchile.cl*. [citado 17 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://ultimadecada.uchile.cl/index.php/RCHE/article/view/69713/72503>
19. Oses Zubiri M, Legault A, Martínez AM. Diseño de un curso de formación continuada en cuidados paliativos basado en competencias. *Ene* [Internet]. 2020 [citado el 17 de mayo de 2023];14(1):14111. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X202000010001

- 2 Valles Martínez P, García Salvador I. Formación básica en cuidados paliativos: estado actual en las 0 universidades de enfermería españolas. *Med Paliativa* [Internet]. 2013 [citado el 17 de mayo de 2023];20(3):111–4. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-formacion-basica-cuidados-paliativos-estado-S1134248X13000487>
21. Herrero-Hahn R, Montoya-Juárez R, Hueso-Montoro C, Martí-García C, Salazar-Blandón DA, García-Caro MP. Cultural Adaptation, Validation, and Analysis of the Self-Efficacy in Palliative Care Scale for Use with Spanish Nurses. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(23):4840. Published 2019 Dec 2. doi:10.3390/ijerph16234840
22. Lee Y, Seomun G. Development and validation of an instrument to measure nurses' compassion competence. *Appl Nurs Res*. 2016;30:76-82. doi:10.1016/j.apnr.2015.09.007
23. Extremera Pacheco N, Rey L, Sánchez-Álvarez N. Validation of the Spanish version of the Wong Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS-S). *Psicothema*. 2019;31(1):94-100. doi:10.7334/psicothema2018.147
24. Cascaes da Silva F, Gonçalves E, Valdivia Arancibia BA, Grazielle Bento S, Da Silva Castro TL, Soleman Hernandez SS, et al. Estimadores de consistencia interna en las investigaciones en salud: el uso del coeficiente alfa. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2015 [citado 17 de mayo de 2023];32(1):129. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000100019
25. Rodríguez-Rodríguez J, Reguant-Álvarez M. Calcular la fiabilidad de un cuestionario o escala mediante el SPSS: el coeficiente alfa de Cronbach. *REIRE* [Internet]. 2020Jul.1 [citado 23 de mayo de 2023];13(2):1–13. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/REIRE/article/view/reire2020.13.230048>
26. Smith A. Emotional intelligence, compassion satisfaction and burnout in palliative care nurses. *Journal of Nursing Management*. 2018;26(7):853–60.

27. Johnson S. A longitudinal study of nursing students' self-efficacy in palliative care. *Journal of Palliative Medicine*. 2019;22(3):244–9.
28. Li Y. Emotional intelligence in nursing students: A cross-sectional study. *Nurse Education Today* [Internet]. 2017;59:29–33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2017.08.021>
29. Steinfeldt VO, Therkildsen M, Lind J. Nursing students' experiences of a challenging course: A photo-elicitation study. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2019;76:31–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2019.01.019>
30. López-García JJ, García-Iglesias JJ, Martínez-Lorca M. Traumatic experiences with death and emotional intelligence in nursing students. *Enferm Clin* [Internet]. 2018;28(1):244–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.07.243>

ANEXOS:

Anexo 1: Escala de Autoeficacia en Cuidados Paliativos (SEPC-S)

Escala de Autoeficacia en Cuidados Paliativos (SEPC-S)

Se pretende estudiar el nivel de Autoeficacia en Cuidados Paliativos en los alumnos de enfermería de cuarto curso de la Universitat Jaume I. Este cuestionario está compuesto por una parte donde se deberán responder a cuestiones con carácter sociodemográfico (6 ítems) y otra parte con preguntas de carácter específico al tema de estudio.

Las respuestas a este cuestionario son totalmente anónimas y estos datos serán tratados y protegidos de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos y garantía de los derechos digitales.

Los siguientes enunciados se refieren a cuestiones y experiencias que se pueden encontrar cuando se trabaja con pacientes que requieren cuidados paliativos.

Por favor, conteste a las siguientes preguntas mediante una escala de 1 a 10, donde 1 es "**muy inseguro**" y 10 "**muy seguro**" respecto a cómo cree que se sentiría en relación con las siguientes situaciones:

Ante cualquier duda, podéis poneros en contacto a través del siguiente e-mail: al403739@uji.es *
Obligatori

1. 2.

Datos sociodemográficos *

Indica tu edad

Género *

Marqueu només un oval.

Mujer

Hombre

Prefiero no decirlo

Otro

3. ¿Eres creyente o practicas algún tipo de religión? *

Marqueu només un oval.

Sí

No

4. Si contestate sí a la pregunta anterior, ¿podrías indicar a qué religión? *

Tu respuesta

5. ¿Trabajas además en algo relacionado con la salud? *

Marqueu només un oval.

Sí

No

6. ¿Has tenido experiencias traumáticas como la muerte de un ser querido o enfermedad grave?

Marqueu només un oval.

Sí

No

7. A continuación, procedemos a realizar las cuestiones específicas en cuanto a la autoeficacia en cuidados paliativos. Recuerda que debe contestar en una escala entre 1 y 10 dónde **1** es "**muy inseguro**" y **10** "**muy seguro**".

1. Hablar sobre los efectos probables de la enfermedad con el paciente. *Marqueu només un oval.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy **inseguro**

Muy seguro

2. Hablar sobre los efectos probables de la enfermedad con la familia del paciente. * *Marqueu només un oval.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy **inseguro**

Muy seguro

3. Hablar sobre asuntos relacionados con la muerte y el proceso de morir.
* *Marqueu només un oval.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy **inseguro**

Muy seguro

4. Hablar con el paciente sobre su propia muerte y las decisiones relacionadas con la misma.

Marqueu només un oval.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy inseguro

Muy seguro

5. Hablar con la familia sobre la proximidad de la muerte del paciente y las decisiones relacionadas con la misma.

Marqueu només un oval.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy inseguro

Muy seguro

6. Hablar con la familia sobre la muerte del paciente durante el duelo. * *Marqueu només un oval.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy inseguro

Muy seguro

7. Dar respuesta a la pregunta del paciente: ``¿Cuánto tiempo de vida me queda?``.
* *Marqueu només un oval.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy inseguro

Muy seguro

8. Dar respuesta a la pregunta del paciente: ``¿Sufriré mucho o tendré mucho dolor?``. *
Marqueu només un oval.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy inseguro

Muy seguro

9. Su capacidad para evaluar las necesidades del paciente. * *Marqueu només un oval.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy inseguro

Muy seguro

10. Su conocimiento de la etiología de los síntomas habituales en los pacientes en fase paliativa

Marqueu només un oval.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy inseguro

Muy seguro

11. Su capacidad para manejar los síntomas habituales en los pacientes en fase paliativa. *Marqueu només un oval.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy inseguro

Muy seguro

12. Su conocimiento de los medicamentos adecuados y suficientes para el control de síntomas.

Marqueu només un oval.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy inseguro

Muy seguro

13. Su conocimiento de los efectos terapéuticos y secundarios de los medicamentos para el control de síntomas.

Marqueu només un oval.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy inseguro

Muy seguro

14. Su capacidad de proporcionar asistencia psicológica al paciente en fase paliativa y su familia.

Marqueu només un oval.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy inseguro

Muy seguro
21.

paciente en fase * paliativa y su familia

Marqueu només un oval.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy inseguro

Muy seguro

16. Su capacidad de proporcionar asistencia espiritual al paciente en fase paliativa y su familia.

Marqueu només un oval.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy inseguro

Muy seguro

17. Trabajar con un equipo multidisciplinar de cuidados paliativos * *Marqueu només un oval.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy inseguro

Muy seguro

18. Remitir, cuando proceda, a los pacientes en fase paliativa a fisioterapia * *Marqueu només un oval.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy inseguro

Muy seguro

19. Remitir, cuando proceda, a los pacientes en fase paliativa a terapia ocupacional.

** Marqueu només un oval.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy inseguro

Muy seguro

20. Remitir, cuando proceda, a los pacientes en fase paliativa a terapias complementarias. *Marqueu només un oval.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy inseguro

Muy seguro

21. Remitir, cuando proceda, a los pacientes en fase paliativa a un servicio avanzado de cuidados paliativos.

Marqueu només un oval.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy inseguro

Muy seguro

22. Remitir, cuando proceda, a los pacientes en fase paliativa o familiares para una evaluación psicológica.

Marqueu només un oval.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy inseguro

Muy seguro

29.

23. Remitir, cuando proceda, a los pacientes en fase paliativa a un consejero espiritual. * *Marqueu només un oval.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy inseguro

Muy seguro

Muy de acuerdo

Muy

en

desacuerdo

4.

4. Los pacientes me expresan sus preocupaciones y dificultades sobre las enfermedades. * Marqueu només un oval.

1

2

3

4

5

Muy de acuerdo

Muy

en

desacuerdo

5.

5. Trato de apoyar a los pacientes para ayudarlos a superar sus problemas. * Marqueu només un oval.

1

2

3

4

5

Muy de acuerdo

Muy

en

desacuerdo

6.

6. Cuando me comunico con los pacientes, les respondo con una presentación no verbal adecuada.

Marqueu només un oval.

1

2

3

4

5

Muy de acuerdo

Muy

en

desacuerdo

7.

7. Participo en la educación para desarrollar habilidades de relación interpersonal con pacientes, colegas, etc.

Marqueu només un oval.

1

2

3

4

5

Muy de acuerdo
Muy en desacuerdo

8.
8. Puedo proporcionar el apoyo emocional necesario a los pacientes de forma adecuada. * *Marqueu només un oval.*

1 2 3 4 5

Muy de acuerdo
Muy en desacuerdo

9.
9. Soy cuidadoso en mi habla y conducta para evitar herir los sentimientos de mi paciente. *Marqueu només un oval.*

1 2 3 4 5

Muy de acuerdo
Muy en desacuerdo

10.
10. Siempre presto atención a lo que dicen los pacientes. * *Marqueu només un oval.*

1 2 3 4 5

Muy de acuerdo
Muy en desacuerdo

11.
11. Respondo con prontitud a los pacientes cuando solicitan atención. * *Marqueu només un oval.*

1 2 3 4 5

Muy de acuerdo
Muy en desacuerdo

12.

12. Soy tolerante con las opiniones de los demás. * *Marqueu només un oval.*

1 2 3 4 5

Muy de acuerdo
Muy en desacuerdo

13.

13. Soy muy consciente de los cambios en el estado emocional de los pacientes. * *Marqueu només un oval.*

1 2 3 4 5

Muy de acuerdo
Muy en desacuerdo

14.

14. Soy intuitivo con los pacientes debido a mi diversa experiencia clínica. * *Marqueu només un oval.*

1 2 3 4 5

Muy de acuerdo
Muy en desacuerdo

15.

15. Ofrezco una atención personalizada a los pacientes teniendo en cuenta sus características.

Marqueu només un oval.

1 2 3 4 5

Muy de acuerdo
Muy en desacuerdo

16.

16. Cuido a los pacientes sin dejarme influir por situaciones personalmente desafiantes. * *Marqueu només un oval.*

1

2

3

4

5

Muy de acuerdo

Muy en desacuerdo

17.

17. Puedo empatizar bien con la dificultad de los pacientes. * *Marqueu només un oval.*

1

2

3

4

5

Muy de acuerdo

Muy en desacuerdo

Anexo 3: Wong Law Emotional Intelligence Scale Spanish version (WLEIS-S)

A continuación, encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase e indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas.

1 = Completamente en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3= Más bien en desacuerdo

4= Ni de acuerdo ni en desacuerdo

5= Más bien de acuerdo

6= De acuerdo

7= Completamente de acuerdo

*** Obligatori**

1.
1. Puedo expresar mi compasión hacia los pacientes a través de la comunicación con ellos. *Marqueu només un oval.*

1 2 3 4 5

Muy **de acuerdo**
Muy en desacuerdo

2.
2. Soy consciente de cómo comunicarme con los pacientes para alentarlos. **Marqueu només un oval.*

1 2 3 4 5

Muy **de acuerdo**
Muy en desacuerdo

3.

3. En la conversación, tengo sentido del humor para inducir el buen humor en los pacientes. *Marqueu només un oval.*

1 2 3 4 5

Muy de acuerdo
Muy en desacuerdo

4.

4. Los pacientes me expresan sus preocupaciones y dificultades sobre las enfermedades. * *Marqueu només un oval.*

1 2 3 4 5

Muy de acuerdo
Muy en desacuerdo

5.

5. Trato de apoyar a los pacientes para ayudarlos a superar sus problemas. * *Marqueu només un oval.*

1 2 3 4 5

Muy de acuerdo
Muy en desacuerdo

6.

6. Cuando me comunico con los pacientes, les respondo con una presentación no verbal adecuada.

Marqueu només un oval.

1 2 3 4 5

Muy de acuerdo
Muy en desacuerdo

7.

7. Participo en la educación para desarrollar habilidades de relación interpersonal con pacientes, colegas, etc.

Marqueu només un oval.

1 2 3 4 5

Muy de acuerdo

Muy en desacuerdo

8.

8. Puedo proporcionar el apoyo emocional necesario a los pacientes de forma adecuada. * *Marqueu només un oval.*

1 2 3 4 5

Muy de acuerdo

Muy en desacuerdo

9.

9. Soy cuidadoso en mi habla y conducta para evitar herir los sentimientos de mi paciente. *Marqueu només un oval.*

1 2 3 4 5

Muy de acuerdo

Muy en desacuerdo

10.

10. Siempre presto atención a lo que dicen los pacientes. * *Marqueu només un oval.*

1 2 3 4 5

Muy de acuerdo

Muy en desacuerdo

11.

11. Respondo con prontitud a los pacientes cuando solicitan atención. * *Marqueu només un oval.*

1 2 3 4 5

Muy de acuerdo
Muy en desacuerdo

12.

12. Soy tolerante con las opiniones de los demás. * *Marqueu només un oval.*

1 2 3 4 5

Muy de acuerdo
Muy en desacuerdo

13.

13. Soy muy consciente de los cambios en el estado emocional de los pacientes. * *Marqueu només un oval.*

1 2 3 4 5

Muy de acuerdo
Muy en desacuerdo

14.

14. Soy intuitivo con los pacientes debido a mi diversa experiencia clínica. * *Marqueu només un oval.*

1 2 3 4 5

Muy de acuerdo
Muy en desacuerdo

15.

15. Ofrezco una atención personalizada a los pacientes teniendo en cuenta sus características.

Marqueu només un oval.

1 2 3 4 5

Muy de acuerdo
Muy en desacuerdo

16.

16. Cuido a los pacientes sin dejarme influir por situaciones personalmente desafiantes. * *Marqueu només un oval.*

1 2 3 4 5

Muy de acuerdo
Muy en desacuerdo

17.

17. Puedo empatizar bien con la dificultad de los pacientes. * *Marqueu només un oval.*

1 2 3 4 5

Muy de acuerdo
Muy en desacuerdo

Anexo 4: Autorización del Comité de Ética de la Investigación con Seres Humanos de la Universitat Jaume I.



Laura Bernal Sánchez, secretaria de la Comité de Ética de la Investigación con Seres Humanos de la Universitat Jaume I de Castellón de la Plana,

CERTIFICO; que el Comité de Ética de la Investigación con Seres Humanos de la Universitat Jaume I ha emitido informe FAVORABLE sobre el proyecto con número de expediente "CEISH/18/2022" Competencias en autoeficacia y compasión en alumnos de último curso de Facultad Ciencias de Salud durante el cuidado de pacientes en cuidados paliativos., cuyo personal investigador principal es Paula Barrué Garcia, por considerar que cumple con las normas deontológicas exigidas.

Castellón de la plana, 28 de abril de 2023.