

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

PROGRAMA DE DOCTORADO: MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD



TESIS DOCTORAL

La efectividad de la simulación en la adquisición de competencias socioemocionales relacionadas con los cuidados de salud

PhD THESIS

The effectiveness of simulation in acquiring socioemotional competencies related to health care

REALIZADA POR MARÍA LANZA POSTIGO

DIRIGIDA POR CARMEN ORTEGO MATÉ Y REBECA ABAJAS BUSTILLO

Escuela de Doctorado de la Universidad de Cantabria

SANTANDER, MARZO 2025

UNIVERSITY OF CANTABRIA

PhD PROGRAMME: MEDICINE AND HEALTH SCIENCES



PhD THESIS

The effectiveness of simulation in acquiring socioemotional competencies related to health care.

AUTHOR: MARÍA LANZA POSTIGO

SUPERVISORS: CARMEN ORTEGO MATÉ Y REBECA ABAJAS BUSTILLO

PhD School of University of Cantabria

SANTANDER, MARZO 2025

*«La gente finge que no les
gustan las uvas cuando las vides están
demasiado altas para alcanzarlas»
Margarita de Navarra*



Las Dras. Dña. María del Carmen Ortego Maté, Profesora Titular de Universidad del Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cantabria y Dña. Rebeca Abajas Bustillo, Profesora Asociada del Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cantabria.

CERTIFICAN:

Que han llevado a cabo las funciones de dirección de la tesis doctoral de Dña. María Lanza Postigo titulada "La efectividad de la simulación en la adquisición de competencias socioemocionales relacionadas con los cuidados de salud"

Y que dicho trabajo se encuentra terminado y reúne los requisitos necesarios para su depósito como Tesis Doctoral, con el objeto de poder optar al grado de Doctora en Medicina y Ciencias de la Salud por la Universidad de Cantabria

Y para que conste y en el cumplimiento con la normativa vigente, expedimos la presente certificación en Santander, a 28 de marzo de 2025.

MARÍA DEL CARMEN ORTEGO MATÉ

REBECA ABAJAS BUSTILLO

Dedicatoria:

Al finalizar este trabajo tan lleno de retos, uno se da cuenta de que el esfuerzo personal por sí solo no habría sido suficiente para llegar a la meta final. Por ello, quiero aprovechar este pequeño espacio para dar mi más sincero agradecimiento a las personas que han hecho que no me rinda.

Gracias en mayúscula para mi directora y tutora de Tesis Carmen Ortego Maté y a mi cotutora Rebeca Abajas Bustillo. Imposible acabar la tesis y cumplir este sueño sin vuestro apoyo incondicional. Agradezco profundamente la paciencia que habéis demostrado ante cada una de mis dudas y los momentos de desanimo que enfrenté debido a las dificultades que nos surgían con las publicaciones de los proyectos. Sin lugar a duda, lo mejor de este camino ha sido compartirlo con vosotras. Sois no solo dos grandes profesionales, sino también dos personas excepcionales que han dejado una huella imborrable en mi vida. Vuestra dedicación y entusiasmo han sido una fuente constante de inspiración. ¡Gracias por acompañarme en este viaje y por creer en mí cuando más lo necesitaba!

Sin duda, a las otras personas que tengo que agradecerles primeramente su apoyo incondicional y su cariño es a mi familia.

A mis padres, Ángel y Silvia, en muchos momentos he pensado lo afortunada que soy por tenerlos, lo saben, pero creo que es un buen momento para recordarlo. Vuestro ejemplo de fuerza, trabajo duro y perseverancia han sido mi fuente de inspiración a diario. Han pasado muchos años desde que nací. Desde ese momento e incluso antes que eso, ya estabais buscando maneras de ofrecerme lo mejor. Gracias por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad. Las experiencias vividas te hacen más sabio y ahora más que nunca me doy cuenta lo importante que habéis sido en el desarrollo de mi vida. A los padres no se les da las gracias, sino que se les dice “os quiero, lo sois todo para mí”.

A Pablo, mi hermano, por demostrarme que el amor fraternal tiene formas únicas de expresarse. Gracias por siempre haber estado detrás de mí, sosteniéndome en esta y en otras circunstancias de la vida.

A mi abuela, gracias por enseñarme, con tu dulzura y tu fuerza silenciosa, que la vida se vive con valentía y el corazón lleno de amor.

También me quiero acordar aquí de mi familia de Madrid, la cual de manera indirecta ha seguido de cerca todos mis progresos. La mayor lección de vida que me habéis enseñado es que la distancia es tan solo un número que separa personas, pero no corazones.

A mis compañeros de la 280, Borja, Almu, Helena, Fati y Mario, por llenarme de sonrisas todos los días el camino. A vuestro lado hasta en los días más grises siempre asomaban rayitos de luz. Por vuestro tiempo, vuestros consejos, vuestro entusiasmo y vuestras palabras de ánimo cuando más hacían falta. No sé qué hubiera sido de mi sin vosotros.

A mis dos amigos de la infancia, Pipi y Pedro, que han sido mis cómplices en risas y aventuras desde el primer día que nuestros caminos se cruzaron en parvulitos. Gracias por haber estado siempre ahí, apoyándome y alegrándoos de todos mis éxitos en cada etapa de mi vida. Desde pequeña soñaba con hacer esta dedicatoria y que vosotros fuerais una de las partes principales de ellas. A veces los sueños se hacen realidad, y yo he tenido la suerte de cumplirlo a vuestro lado.

A Paula, por ser luz. Por tu amor, por creer en mí, apoyarme y ayudarme a conseguir cada uno de mis sueños.

A Cris, Ana, Amanda y Patri, gracias por estar siempre, en las risas y en las tormentas.

No quiero olvidar a esas personas que, por circunstancias de la vida, se cruzan en nuestro camino y se convierten en un verdadero refugio cuando miro hacia atrás. Sasi y Guille, habéis celebrado cada una de mis victorias como si fueran propias, y me habéis enseñado y levantado de cada una de mis derrotas fuera y dentro del 40x20. Sois sin duda, una de las partes más bonitas que el Balonmano me ha dado. Vuestro apoyo incondicional ha hecho este viaje algo aún más especial e incluso fácil. ¡Gracias por cuidarme!

A Sergio, por ser mi sí a todo.

Por la paciencia infinita, por su saber esperar y por recordarme siempre que juntos todo es posible.

Y, por último, a ti, Leire, a la familia que uno elige, por convertirte en mi compañera de vida y aventuras. Por comprenderme, respetarme, apoyarme, por celebrar todas mis alegrías y no olvidar estar en aquellos momentos no tan buenos. Por quererme mucho, y bien.

Agradecimientos:

A todos los y las estudiantes y profesionales de enfermería que, con su generosidad y disposición, hicieron posible esta tesis. Gracias por dedicar su tiempo y compartir su valioso conocimiento. Su colaboración no solo ha permitido realizar esta investigación, sino que también me ha inspirado a seguir indagando, aprendiendo y creciendo personal y laboralmente. Cada una de estas personas ha dejado una huella en este trabajo, y por ello, les estaré siempre profundamente agradecida.

Esta tesis doctoral consiste en un compendio de cuatro documentos científicos, de los cuales tres han sido publicados en revistas internacionales de impacto y que se especifican a continuación:

- Lanza-Postigo, M., Abajas-Bustillo, R., Martin-Melón, R., Ruiz-Pellón, N., & Ortego-Maté, C. (2024). The Effectiveness of Simulation in the Acquisition of Socioemotional Skills Related to Health Care: A Systematic Review of Systematic Reviews. *Clinical Simulation in Nursing*, 92, 101547. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2024.101547>
- Lanza-Postigo, M., Abajas-Bustillo, R., Aparicio-Sanz, M., Melero, A., & Ortego-Maté, C. (2024). Simulation, Inverted Classroom and Reflective Dialogue in Socioemotional Education in End-of-Life Care: Perspectives from Nursing Students. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000001123>
- Lanza, M., Abajas-Bustillo, R., Aparicio-Sanz, M. & Ortego-Maté, C. (2025). A mixed methods study examining a socioemotional skills training program based on active methodologies in a sample of undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2025.106593>

RESUMEN

ANTECEDENTES

Las competencias socioemocionales son conocidas también como “competencias blandas”, “competencias no cognitivas” o “competencias del siglo XXI”. Se definen como el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales. Son consideradas en la actualidad competencias igual de importantes que las cognitivas para que la persona alcance su mayor desarrollo personal y profesional. Ser competente a nivel socioemocional se ha relacionado con mayores logros académicos, mayores ingresos, mayor éxito laboral, mayor salud mental y mayor satisfacción a nivel personal y laboral.

La introducción de las competencias socioemocionales en el campo de la salud se remonta a finales de la década de los 90 del siglo XX y vino influenciado por su estudio en otros contextos como la aviación. Desde este momento fueron muchas las investigaciones las que se centraron en estudiar el papel que tenían en la atención sanitaria. Los estudios demostraron que profesionales competentes a nivel socioemocional mejoraban la atención prestada, la seguridad del entorno asistencial y mejoraban la relación terapéutica lo que impactaba en una mayor adherencia de los pacientes y una mejora en los resultados en salud.

A raíz de conocer su gran valor para prestar una atención de calidad los investigadores comenzaron a estudiar como podían adquirirse estas competencias y, por ende, enseñarse en la educación superior. Aunque en las últimas décadas ha sido mucho el esfuerzo para dar respuesta a esto, hoy en día todavía hay mucha inconsistencia en estos resultados. Si bien hay que mencionar que las metodologías activas se están empezando a convertir en el método elegido para entrenarlas.

En el campo de la enfermería en los últimos años también se están haciendo grandes esfuerzos por seguir aumentando el conocimiento sobre cómo entrenar estas competencias. Los avances en la investigación muestran que la simulación puede considerarse un método útil para su desarrollo y mejora. La simulación es considerada una herramienta óptima para la formación sanitaria porque permite al estudiantado aprender en un entorno protegido sin causar daño a los pacientes. Sin embargo, la realidad es que, aunque han sido varios los estudios que

demuestra su efectividad, a día de hoy, aún existe una gran variedad de resultados heterogéneos que no permiten concluir que la simulación sea la mejor herramienta para la formación en competencias socioemocionales en ciencias de la salud. Esto se debe a que los estudios se han realizado con diferentes simuladores y/o escenarios, en combinación o no con otras metodologías activas, en diferentes contextos educativos y han sido evaluados con herramientas muy dispares. Por todo esto es importante seguir llenando este vacío de conocimiento.

OBJETIVOS

En base a lo expuesto en la introducción, el objetivo global de la presente tesis doctoral es explorar si la simulación es una herramienta efectiva y necesaria para el entrenamiento en competencias socioemocionales.

Para la consecución de este objetivo se han planteado tres fases cuyos objetivos se describen a continuación:

La primera fase tiene como objetivo realizar una revisión sistemática de revisiones sistemáticas e integrativas que evalúe si la simulación es una herramienta efectiva en la atención en salud para respaldar el marco teórico y conceptual de esta tesis doctoral.

El objetivo de la segunda fase es realizar dos programas de intervención destinados a entrenar las competencias socioemocionales en el alumnado de segundo curso del grado de enfermería de la Universidad de Cantabria a través de la simulación para explorar su efectividad. Uno de ellos se contextualiza en la educación en el final de la vida y el otro en un contexto de atención clínica más amplia.

La tercera, y última fase, tiene como objetivo conocer la percepción de las enfermeras de unidades especiales de Cantabria sobre los desafíos socioemocionales a los que se enfrentan en su práctica habitual. Este estudio se diseña con el fin de conocer las necesidades e implementar en el futuro diseños de programas de entrenamiento en competencias socioemocionales adecuados y personalizados.

MÉTODOS

Para responder a los objetivos propuestos se han diseñado estudios con metodologías diferentes. Las aproximaciones metodológicas seleccionadas pretenden dar respuesta al tema de estudio desde varios enfoques, ayudando a dar resultados más robustos.

En la primera fase se diseñó una revisión sistemática de revisiones sistemáticas e integrativas. Las búsquedas se realizaron entre diciembre de 2021 y enero del 2022 en cuatro bases de datos: Medline, Scopus, Web of Science y Cochrane Library. Se incluyeron todos los artículos publicados entre 2011 y 2022 con metátesis cuantitativas sobre formaciones basadas en simulación para la enseñanza de competencias socioemocionales en estudiantes y profesionales de ciencias de la salud. Para la revisión fue creado un protocolo que se registró en PROSPERO con el número CRD420222339156.

Para la segunda fase se propuso un estudio de enfoque exclusivamente cualitativo y otro de metodología mixta. La parte cualitativa de ambos tuvo una aproximación fenomenológica, se seleccionó este enfoque porque se consideró el más pertinente para ahondar en las experiencias y perspectivas de los y las alumnas sobre la formación en competencias socioemocionales en el que habían participado. Para la recogida de datos se utilizó el grupo focal. Para el análisis de los datos se siguieron las propuestas de Braun y Clarke (2006): 1) familiarización con los datos, 2) generación de códigos iniciales, 3) búsqueda de categorías, 4) revisión de categorías, 5) definición y nombramiento de temas, 6) redacción de los resultados

En el estudio de aproximación mixta, la parte cuantitativa estuvo conformada por un estudio transversal. A través de los 8 factores que conformaban la escala de autopercepción personal del cuestionario de habilidades comunicativas (HABICOM) se evaluó la diferencia de medias obtenidas antes y después del programa de formación socioemocional con el objetivo de ver si había una mejora estadísticamente significativa. Para el análisis de los datos y comparar las puntuaciones pre y post intervención en los 8 factores de la subescala del cuestionario HABICOM, se utilizó la prueba T Student para muestras emparejadas. Se consideró que la diferencia entre las medias era significativa cuando el nivel de significación (p) $\leq 0,05$.

Ambos estudios, aunque fueron realizados en cursos diferentes, estuvieron dirigidos a la misma población: alumnos y alumnas del segundo curso del Grado de Enfermería de la Universidad de Cantabria que estuvieran matriculados en todas las asignaturas del curso, no hubieran iniciado las prácticas en entornos reales y hubieran completado los programas de formación.

Para alcanzar el objetivo de la fase 3 se diseñó un estudio cualitativo fenomenológico para indagar sobre los desafíos socioemocionales a los que se enfrentan los profesionales de enfermería que trabajan en Unidades Especiales en Cantabria. El criterio de inclusión para participar era ser enfermera en una unidad especial (oncohematología, urgencias, unidad de cuidado intensivos o emergencias extrahospitalarias) en Cantabria en el momento de la realización de la recogida de datos. El estudio se realizó en el mes de diciembre del 2024 y se utilizó un muestreo por conveniencia. La recogida de datos se realizó a través de cuatro grupos focales y para el análisis de los datos se siguieron los seis pasos propuestos por Elo et al.: 1) escucha cuidadosa de la grabación; 2) transcripción literal de la entrevista; 3) lectura repetida de los datos para lograr una comprensión profunda y obtener una visión completa; 4) codificación de datos; 5) agrupación de códigos en subcategorías; 6) comparación y discusión de las subcategorías con los datos transcritos.

Para concluir, en todas las fases de esta tesis doctoral se han tenido en cuenta los criterios éticos, la confidencialidad, anonimización y el rigor científico a través de los estándares de credibilidad, transferibilidad, consistencia y confirmabilidad.

RESULTADOS

La revisión sistemática de revisiones sistemática que incluyó siete revisiones con 88 artículos primarios demostró que la simulación es efectiva para el entrenamiento de competencias socioemocionales. Las principales competencias entrenadas fueron la comunicación 34,4% (k = 44) y la autoeficacia 30,5% (k=39). El principal método de simulación utilizado fue el paciente estandarizado 28,4% (n=25) seguido de la simulación de alta fidelidad 25% (n=22). La mayor parte de los programas fueron evaluados a través de escalas diseñadas por los propios investigadores y estaba dirigidas a conseguir una autoevaluación. El método de evaluación no estandarizado más utilizado, 33,63%, fue el cuestionario con múltiples opciones. Tan solo el 4.42% de los estudios utilizaron una escala validada, como la OSCE. Un total del 78,4% (n = 69)

de los programas realizados obtuvieron mejoras estadísticamente significativas tras la participación en los programas de formación en competencias socioemocionales.

En el estudio cualitativo centrado en la educación en el final de la vida, tras el análisis de la información recogida de los grupos focales destinados a evaluar la efectividad del programa de intervención surgieron los siguientes temas: la contribución de las metodologías al proceso de aprendizaje, las características que debía cumplir la metodología para ser más efectiva y las emociones que habían experimentado durante el programa. La Simulación permitió a los estudiantes aplicar la teoría a la práctica, mejorando habilidades como la comunicación y empatía, si bien la mayoría reclamó más sesiones de simulación. A pesar de los nervios y el miedo inicial, la simulación fue vista como útil, divertida y dinámica. En general, las metodologías fueron percibidas como efectivas para el aprendizaje socioemocional ante los desafíos del cuidado al final de la vida.

En relación con el estudio mixto, el análisis cuantitativo indicó mejoras significativas en las habilidades socioemocionales después de la formación, particularmente en la comunicación no verbal ($p=0,000$) y la transmisión de información ($p=0,000$). Siendo estas mejores en las alumnas mujeres, con igual o menos 19 años, cuya máxima formación era el bachiller y no se encontraban trabajando en el momento de la evaluación. Los resultados cualitativos que se obtuvieron fueron en línea a los anteriores ya citados. Los alumnos y alumnas valoraron de la simulación su realismo, su dinamismo y sugirieron que deberían ampliarse las prácticas con simulación. Los y las estudiantes mencionaron que, aunque se iniciaron con miedo y vergüenza terminaron el programa sintiendo más confianza y satisfacción.

Los resultados de la última fase del programa respaldan la importancia de continuar formando en competencias socioemocionales tanto a los futuros profesionales como a los ya egresados. Tras el análisis del discurso de los cuatro focales se identificaron los siguientes temas: 1/ situaciones emocionalmente demandantes, 2/ factores que hacen estas situaciones emocionalmente demandantes, 3/ emociones vinculadas a las situaciones demandantes, 4/ impacto en el desempeño y atención brindada, 5/ estrategias de afrontamiento, y 6/ necesidad de formación y recomendaciones derivadas de los profesionales.

CONCLUSION

La simulación es una herramienta efectiva para la formación en competencias socioemocionales, principalmente las comunicativas, tanto para los y las alumnas como para los y las profesionales de ciencias de la salud. El estudiantado demanda un incremento en el tiempo destinado a la simulación en los currículos educativos ya que destacan que es una herramienta de aprendizaje muy dinámica y de gran valor gracias al aprendizaje experiencial que ofrece.

PALABRAS CLAVE: *educación basada en simulación, competencias socioemocionales, educación enfermería.*

ABSTRACT:

Background:

Socio-emotional skills are also known as “soft skills”, “non-cognitive skills” or “21st century skills”. They are defined as the set of knowledge, abilities, skills and attitudes necessary to understand, express and regulate emotional phenomena appropriately. They are currently considered to be skills that are just as important as cognitive skills for a person to achieve their greatest personal and professional development. Being competent at a socio-emotional level has been linked to greater academic achievements, higher income, greater job success, better mental health and greater personal and professional satisfaction.

The introduction of socio-emotional skills in the field of health dates back to the late 1990s and was influenced by their study in other contexts such as aviation. From this moment on, many investigations focused on studying the role they played in health care. Studies have shown that competent professionals at a socio-emotional level improved the care provided, the safety of the care environment and improved the therapeutic relationship, which impacted on greater patient adherence and improved health outcomes.

As a result of knowing their great value in providing quality care, research began to focus on how they could be acquired and, therefore, taught in higher education. Although in recent decades there has been much effort to respond to this, today there is still much inconsistency in these results. Although it should be mentioned that active methodologies are beginning to become the chosen method to train them.

In the field of nursing in recent years, great efforts are also being made to continue increasing knowledge on how to train these skills. Advances in research show that simulation can be considered a useful method for their development and improvement. Simulation is considered a very optimal tool for health training because it allows the student to learn in a protected environment without causing harm to patients. However, the reality is that although there have been several studies that demonstrate its effectiveness, to date, we still find a wide variety of heterogeneous results that do not allow us to conclude that simulation is the best tool for training in socio-emotional skills in health sciences. This is because the studies have been carried out with different simulators and/or scenarios, in combination or not with other active

methodologies, in different educational contexts and have been evaluated with very different tools. For all these reasons, it is important to continue filling this knowledge gap.

AIMS:

Based on what has been set out in the introduction, the overall objective of this doctoral thesis is to explore whether simulation is an effective and necessary tool for training in socio-emotional skills.

To achieve this objective, three phases have been proposed, the objectives of which are described below:

The first phase aimed to carry out a systematic and integrative systematic review of reviews that would evaluate whether simulation is an effective tool in health care to support the theoretical and conceptual framework of this doctoral thesis.

The second phase aimed to carry out two intervention programs aimed at training the socio-emotional skills of second-year nursing students at the University of Cantabria through simulation to explore their effectiveness. One of them was contextualized in end-of-life education and the other in a broader clinical care context.

The third and final phase aimed to find out the perception of nurses in special units in Cantabria about the socio-emotional challenges they faced in their daily practice. This study was designed to find out the needs and implement future designs for training programs in socio-emotional skills.

METHODS:

To respond to the proposed objectives, studies were designed with different methodologies. The different methodological approaches selected aimed to respond to the study topic from various perspectives, helping to provide more robust results.

In the first phase, a systematic review of systematic and integrative reviews was designed. Searches were conducted between December 2021 and January 2022 in four databases: Medline, Scopus, Web of Science, and the Cochrane Library. All articles published between 2011

and 2022 with quantitative meta-syntheses on simulation-based training for teaching social-emotional competence in health science students and professionals were included. For the review, a protocol was created that was registered in PROSPERO with the number CRD4202222339156.

For the second phase, a study with an exclusively qualitative approach and another with a mixed methodology were proposed. The qualitative part of both had a phenomenological approach, this approach was selected because it was considered the most pertinent to delve into the experiences and perspectives of the students on the training in socio-emotional skills in which they had participated. For the collection of data, the focus group was used. For the analysis of the data, the proposals of Braun and Clarke (2006) were followed: 1) familiarization with the data, 2) generation of initial codes, 3) search for categories, 4) review of categories, 5) definition and naming of themes, 6) writing of the results.

In the mixed approach study, the quantitative part consisted of a cross-sectional study. Through the 8 factors that made up the personal self-perception scale of the HABICOM questionnaire, the difference in means obtained before and after the socio-emotional training program was evaluated in order to see if there was a statistically significant improvement. For the analysis of the data and to compare the pre- and post-intervention scores on the 8 factors of the HABICOM questionnaire subscale, the Student T test for paired samples was used. The difference between the means was considered significant when the significance level ($p \leq 0.05$).

Both studies, although they were carried out in different courses, were aimed at the same population: second-year nursing students at the University of Cantabria who were enrolled in all the subjects of the course, had not started their internships in real environments, and had completed the training programs.

To achieve the objective of phase 3, a qualitative phenomenological study was designed to investigate the socio-emotional challenges faced by nurses working in special units in Cantabria. The inclusion criterion for participation was to be a nurse in a special unit (onco-hematology, emergency, intensive care unit or out-of-hospital care) in Cantabria at the time of data collection. The study was conducted in December 2024 and convenience sampling was used to obtain participants. Data collection was carried out through four focus groups and the six steps proposed by Elo et al. were followed for data analysis: 1) careful listening to the recording; 2)

literal transcription of the interview; 3) repeated reading of the data to achieve a deep understanding and obtain a complete view; 4) data coding; 5) grouping of codes into subcategories; 6) comparison and discussion of the subcategories with the transcribed data.

To conclude, in all phases of this doctoral thesis, ethical criteria, confidentiality, anonymity and scientific rigor have been considered through the standards of credibility, transferability, consistency and confirmability.

RESULTS

The results of the three phases that make up this doctoral thesis support the effectiveness of simulation for training in socio-emotional competencies.

The systematic review of systematic reviews that included seven reviews with 88 primary articles showed that simulation is effective for training socio-emotional competencies. The main competencies trained were communication 34.4% (k = 44) and self-efficacy 30.5% (k=39). The main simulation method used was the standardized patient 28.4% (n=25) followed by high-fidelity simulation 25% (n=22). Most of the programs were evaluated through scales designed by the researchers themselves and were aimed at achieving a self-assessment. The most used non-standardized assessment method (33.63%) was the multiple-choice questionnaire. Only 4.42% of the studies used a validated scale, such as the OSCE. A total of 78.4% (n = 69) of the programs conducted obtained statistically significant improvements after participating in the training programs in socio-emotional skills.

After carrying out the focus groups to evaluate the effectiveness of the proposed intervention program on end-of-life education and its subsequent analysis, the following themes emerged: the contribution of the methodologies to the learning process, the characteristics that the methodology had to meet to be more effective and the emotions they had experienced during the program. Simulation allowed students to apply theory to practice, improving skills such as communication and empathy, although most requested more simulation sessions. Despite the initial nerves and fear, the simulation was seen as useful, fun and dynamic.

In general, the methodologies were perceived as effective for socio-emotional learning in the face of the challenges of end-of-life care.

Regarding the mixed study, the quantitative analysis indicated significant improvements in socio-emotional skills after training, particularly in non-verbal communication ($p=0.000$) and information transmission ($p=0.000$). These were better in female students, aged 19 or under, whose highest education was a high school diploma and who were not working at the time of the evaluation. The qualitative results obtained were in line with those previously mentioned. The students valued the simulation for its realism and dynamism and suggested that the simulation practices should be expanded. The students mentioned that although they began with fear and shame, they finished the program feeling more confident and satisfied.

The results of the last phase of the program support the importance of continuing to train both future professionals and graduates in socio-emotional skills. After analyzing the discourse of the four focal subjects, the following themes were identified: 1/ emotionally demanding situations, 2/ factors that make these situations emotionally demanding, 3/ emotions linked to the demanding situations, 4/ impact on performance and care provided, 5/ coping strategies, and 6/ need for training and recommendations from professionals.

CONCLUSION

Simulation is an effective tool for training in socioemotional competencies, mainly communication skills, for both students and health science professionals. Students demand an increase in the time allocated to simulation in educational curricula as they highlight that it is a very dynamic learning tool and of excellent value thanks to the experiential learning it offers.

KEY WORDS: simulation-based education, socio-emotional competencies, nursing education.

ESTRUCTURA DE LA TESIS DOCTORAL:

La presente tesis doctoral está conformada por el compendio de cuatro artículos y ha sido estructurada en cinco capítulos.

En el primer capítulo, se hace una descripción detallada sobre los antecedentes y la situación actual del tema a estudio, en base a la literatura científica disponible. Para comenzar se explican las competencias socioemocionales y su relación con los cuidados de salud. Una vez que se ha detallado la definición de este concepto, sus métodos de aprendizaje y las herramientas para su evaluación se procede a describir la simulación clínica. En este apartado se describe desde el concepto y tipo de simuladores, la evolución histórica de esta metodología, las teorías y modelos de aprendizajes basados en simulación y las ventajas y limitaciones de este método de enseñanza. Para terminar este epígrafe también se describe los instrumentos de evaluación más utilizados en la simulación y el papel que tiene la simulación en la formación de habilidades socioemocionales en los distintos contextos clínicos como justificación del presente proyecto.

En los capítulos 2, 3 y 4, donde se describen los objetivos, la metodología y los resultados, se ha dividido en tres fases que agrupan a los diferentes estudios que han sido realizados para esta tesis doctoral.

La primera fase está constituida por una revisión sistemática de revisiones sistemáticas sobre la efectividad de la simulación clínica en la adquisición de competencia socioemocionales.

La segunda fase está conformada por un estudio cualitativo y otro de diseño mixto destinado a analizar la efectividad de dos programas de entrenamientos en competencias socioemocionales que empleaban la simulación y en los que participaron los y las estudiantes del segundo curso matriculados en una asignatura del Grado de Enfermería de la Universidad de Cantabria. El primer programa de entrenamiento se enfocó en la Educación en el final de la vida, mientras que el otro se encuadró en un contexto clínico más amplio.

La tercera fase, recoge un estudio cualitativo sobre la percepción de las enfermeras sobre situaciones socioemocionalmente demandantes en unidades de alta carga emocional como paso previo a un futuro diseño de un programa de entrenamiento en competencias socioemocionales mediante la simulación clínica.

El cuarto capítulos del manuscrito lo conforman la discusión general a partir de los resultados obtenidos en las diferentes fases, las principales limitaciones, el impacto científico, social y profesional y las futuras líneas de investigación.

El quinto y último capítulo está dedicado a las conclusiones de la tesis doctoral.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN.....	32
1. Las competencias socioemocionales y los cuidados de la salud.....	32
1.1. Educación basada en competencias	32
1.2. Concepto de competencias socioemocionales y tipos de competencias socioemocionales.....	42
1.3. Las competencias socioemocionales y los cuidados de la salud.....	47
1.4. Entrenamiento en competencias socioemocionales	51
1.5. La evaluación de las competencias socioemocionales.....	55
2. La simulación clínica.....	63
2.1. Concepto de simulación clínica y grados de fidelidad	63
2.2. Evolución histórica de la simulación en los cuidados de la salud	73
2.3. Teorías y modelos de aprendizaje.....	77
2.4. Diseño y fases de las sesiones de simulación (prebriefing, briefing y debriefing) ..	79
2.5. Ventajas y limitaciones del aprendizaje mediante simulación	89
2.6. La simulación clínica en la formación de competencias socioemocionales.....	94
2.7. Los instrumentos de evaluación en simulación	96
2.8. El papel de la simulación y otras metodologías activas en la Educación en el Final de la vida	100
2.9. Experiencia con Simulación Clínica en Enfermería en la Universidad de Cantabria (UC)	103
3. Justificación de la tesis doctoral.....	108
CAPITULO II: OBJETIVOS.....	111
Objetivos fase I.....	111

Objetivos fase II.....	111
Cualitativo	111
Mixto	112
Objetivos fase III.....	113
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA Y RESULTADOS (PUBLICACIONES).....	114
Fase I (RS DE RS): La eficacia de la simulación en la adquisición de habilidades socioemocionales relacionadas con la atención sanitaria: Una revisión sistemática de revisiones sistemáticas”.....	115
Fase II: Estudio de la eficacia de dos programas de formación en competencias socioemocionales en alumnos y alumnas del grado de enfermería de la Universidad de Cantabria.....	127
FASE II. I. “Simulación, Flipped Classroom y diálogo reflexivo en la educación socioemocional en cuidados al final de la vida: Perspectivas de los estudiantes de enfermería».....	127
FASE II. II. “Un estudio de métodos mixtos que examina un programa de entrenamiento en habilidades socioemocionales basado en metodologías de aprendizaje activo en estudiantes universitarios de enfermería”	145
Fase III. Retos socioemocionales de los enfermeros que trabajan en unidades especializadas: Un estudio de grupo focal.....	172
CAPITULO IV: DISCUSIÓN	187
Fase I. La eficacia de la simulación en la adquisición de habilidades socioemocionales relacionadas con la atención sanitaria: Una revisión sistemática de revisiones sistemáticas.	187
Fase II. “Simulación, Flipped Classroom y diálogo reflexivo en la educación socioemocional en cuidados al final de la vida: Perspectivas de los estudiantes de enfermería” y “Un estudio de métodos mixtos que examina un programa de entrenamiento en habilidades socioemocionales basado en metodologías de aprendizaje activo en estudiantes universitarios de enfermería”	189
Fase III: Retos socioemocionales de los enfermeros que trabajan en unidades especializadas: Un estudio de grupo focal.....	193
Discusión general del Proyecto de investigación	195

Limitaciones de la tesis doctoral.....	199
Impacto científico, social y profesional.....	201
Transferencia del conocimiento a la sociedad.....	203
Futuras líneas de investigación	205
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES.....	207
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	209
ANEXOS	236

Índice de figuras

Figura 1. Evolución histórica del concepto de competencia socioemocionales	44
Figura 2. Cono del aprendizaje según Edgar Dale Fuente.....	78
Figura 3. Pirámide de Miller.	82

Índice de tablas

Tabla 1. Áreas de la competencia socioemocional y sus definiciones	47
Tabla 2. Cuestionarios utilizados para medir habilidades socioemocionales	60
Tabla 3. Resumen de tipo de metodologías de simulación.	65
Tabla 4. Resumen de recomendaciones para planificar una sesión de simulación.	88
Tabla 5. Resumen de las características del Programa de Educación para el Final de la Vida ..	130
Tabla 6. Síntesis de las preguntas utilizadas en el grupo focal.	132
Tabla 7. Ejemplo del proceso del análisis cualitativo	134
Tabla 8. Datos demográficos de los participantes de los grupos focales.....	137
Tabla 9. Temas y categorías y códigos	138
Tabla 10. Tabla resumen del programa en formación en competencias socioemocionales....	146
Tabla 11. Guion grupo focal	150
Tabla 12. Descripción de la muestra	155
Tabla 13. Diferencia de medias entre las puntuaciones pre y post de los 8 factores de la escala AP del cuestionario HABICOM	156
Tabla 14. T de Student de Muestras Emparejadas.....	157
Tabla 15. T de Student de Muestras Emparejadas Según Variables.....	159
Tabla 16. Temas emergentes del análisis cualitativo del estudio mixto	161
Tabla 17. Temas y unidades de significado estudio de enfoque mixto	165
Tabla 18. Comparativa de los resultados de los diseños cualitativos y cuantitativos	170
Tabla 19. Variables sociodemográficas enfermeras participantes	176
Tabla 20. Verbatines participantes análisis del discurso.....	181

Índice de ilustraciones

Ilustración 1. Maniquí de brazo para la práctica de habilidades técnicas	66
Ilustración 2. Software I-Human Pacientes y BODY Interact™	67
Ilustración 3. Modelo de Simulador Harvey.....	68
Ilustración 4. Simulador 3D para cirugía intraocular.....	70
Ilustración 5. Simulador de alta fidelidad.	70
Ilustración 6. Paciente estandarizado	72
Ilustración 7. Enseñanza del manejo de urgencias médicas a través del rol-play	73
Ilustración 8. La "Machine" de Madame du Coudray	74
Ilustración 9. Modelo Simulador SIMBABY	76
Ilustración 10. Modelo Kirkpatrick	99
Ilustración 11. Profesionales de la salud haciendo una práctica en el Aula de simulación de la UC con el SimMAN®-Laerdal.....	104
Ilustración 12. Plano de las Aulas de Simulación de la Universidad de Enfermería de Cantabria desde 2011.	105
Ilustración 13. Profesionales realizando practica de Urgencias en el Simulador de la UC	105
Ilustración 14. Sala de control de la UC	106
Ilustración 15. Instalaciones aulas de simulación UC.....	107
Ilustración 16. Alumnos y alumnas de la UC tras realizar una práctica en el aula de simulación	107
Ilustración 17. Emociones experimentadas por los y las alumnas participantes en el programa	163

Índice de abreviaturas

AP = Escala de autopercepción personal
CASE = Comprehensive anaesthesia simulation environment
CASEL = Asociación colaborativa para el aprendizaje socioemocional
CD-RISC = Escala de Resiliencia de Connor-Davidson
CMEA-SF = Cuestionario de Motivación y Estrategias de Aprendizaje
CRE-U = Cuestionario de Resiliencia para estudiantes universitarios
D-ESCREA = Escala de perspectiva docente
DE = desviación estándar
ECTS= Sistema Europeo de Transferencia y Acumulación de Créditos.
EMA = Escala de Motivación Académica
ENE-E = Escala de Motivación Escolar en Español
EoL= Educación en el final de la vida
F5 = Self-concept form 5
HABICOM = Cuestionario de habilidades comunicativas
HSE= Habilidades socioemocionales
IHSE = Importancia habilidades socioemocionales en las enfermeras
IE = Inteligencia emocional
INACSL = International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning
IP = Escala importancia profesional
IRI = Índice de Reactividad Interpersonal
MAPE-3 = Evaluación de la motivación en sujetos adultos
OSCE = Examen clínico objetivo estructurado
PROSPERO = Registro Prospectivo Internacional de Revisiones Sistemáticas
RCDP = Rapid Cycle Deliberate Practice
RCP = Reanimación cardiopulmonar
RESI-M = Escala de medición de Resiliencia con mexicanos
RS= Revisión sistemática
SACSAR = Sociedad Astur-Cántabra de Anestesiología y Reanimación
SBL = aprendizaje basado en simulación
SCS = Escala percepción autoconfianza
SEL= Aprendizaje socioemocional

SJT = Pruebas de juicio situacional

TeamSTEPPS = Estrategias y herramientas de equipo para mejorar el desempeño y la seguridad del paciente

TECA = Test de Empatía Cognitiva y Afectiva

TIC = Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

UC = Universidad de Cantabria

UE = Unión Europea

UNESCO = Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

1. Las competencias socioemocionales y los cuidados de la salud

1.1. Educación basada en competencias

En la actualidad son diferentes las causas que evidencian que las competencias técnicas o profesionales no son suficientes para acceder o mantener el empleo. Por un lado, se debe a las tendencias educativas cambiantes y a la flexibilidad y abanico de oportunidades para acceder a cursos educativos. Esto hace que cada vez haya más profesionales altamente cualificados por lo que cada vez es más difícil adquirir o mantener un empleo (1). Por otra parte, también es consecuencia a los cambios que se producen a un ritmo vertiginoso en la sociedad y muchas empresas se encuentran en plena reestructuración de sus puestos de trabajo(2). Por ello, para obtener una ventaja sobre el resto de los aplicantes es necesario agregar méritos a sus competencias duras con el objetivo de expandir su potencial (3). Como afirmó ya hace más de una década Klaus, P. (2010) “la carencia de competencias blandas puede hundir la carrera prometedora de alguien que tiene una excelente experiencia profesional, pero no tiene cualidades interpersonales”(4).

Pero además de los cambios en el mundo laboral, cabe destacar que se están experimentando también transformaciones en el desarrollo y evolución de la propia sociedad. El aumento de la incertidumbre, los cambios en el estilo de vida a todos los niveles y el incremento de la movilidad hacen que sea crucial que los futuros egresados desarrollen habilidades de adaptación, movilidad, creatividad y dinamismo (5,6).

El concepto de competencia ha sido abordado desde diferentes perspectivas y definiciones a lo largo del tiempo, principalmente desde que Delors et al. en 1996 destacase su relevancia en la educación en el informe de la UNESCO “La educación encierra un tesoro” (7). Por competencia se entiende a la capacidad aprendida para realizar adecuadamente una tarea, función o rol. Para Bunk, autor pionero en definir este concepto, conceptualiza las competencias profesionales desde dos perspectivas. Por una parte, menciona las competencias formales, las cuales son definidas como aquellas que la persona adquiere al recibir un tipo de formación que cualifica para el ejercicio de la profesión. Por otra parte, define la existencia de las competencias reales, que son aquellas que realmente permiten al trabajador resolver determinados problemas. Por

tanto, este autor distingue “la competencia formal como atribución conferida y la competencia real como capacidad adquirida” (8). Para el ejercicio de la profesión son necesarias ambas, tanto las adquiridas en la formación inicial que permiten a la persona acceder a un puesto de trabajo (competencia formal) como las que son adquiridas en la práctica mediante el desarrollo de la profesión (competencia real). Por tanto, para Bunk la persona tiene competencia profesional cuando posee conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y los valores necesarios para ejercer una profesión, resolver los problemas profesionales de manera autónoma y flexible; y colaborar en su entorno profesional y en la organización del trabajo (9).

Como consecuencia del estudio de las competencias a lo largo del tiempo, éstas son configuradas como un sistema dinámico que incorporan componentes interactivos que se actualizan y enriquecen durante la actividad, así como a medida que surgen problemas vitales reales que el individuo competente debe abordar. Se concibe la competencia como una característica integrada de los rasgos de personalidad, resultado de la preparación de la persona para llevar a cabo actividades en áreas específicas (5,10). En la evolución de la definición de las competencias se pueden identificar diferentes etapas:

El concepto de competencia existe desde hace más de 3000 años. En China, se empezaron a usar exámenes de servicio civil para seleccionar empleados para el gobierno, lo que sustituyó las recomendaciones previas que hacían los superiores y se reconoció por primera vez las diferencias en las habilidades individuales(11). Asimismo, también se puede rastrear el nacimiento del término competencia hasta la India. Ya que el concepto se encontró en el *Arthashastra*, un texto del siglo IV a.C. escrito por Kautilya (12). A pesar de esto, autores como Holubnycha et al. (2022) dividen el desarrollo de este concepto en tres etapas principales(5).

La primera (1960-1970), se centró en la introducción del término "competencia" en el ámbito científico. En 1959, el psicólogo estadounidense White utilizó este concepto por primera vez en su artículo llamado "*Motivation Reconsidered: The Concept of Competence*". White definió las competencias como aquellos atributos de la personalidad que son esenciales para un desempeño superior y para mantener una alta motivación(11). Este término empezó a referirse a ciertas cualidades “ocultas” que tienen las personas que, junto con otros factores como el conocimiento, la formación adquirida y la experiencia laboral, contribuyen al éxito profesional y personal (5). Años más tarde, McClelland se encargó de seguir desarrollando el concepto de competencia. Este autor es considerado por la literatura como el pionero del movimiento moderno de competencias y es uno de los más destacados en el estudio de su origen y evolución

(11). En 1973, ejerciendo de profesor en Harvard, publico *"Testing for Competence rather than for Intelligence"* (13), donde evidenció que los rasgos de comportamiento de las personas son más útiles que las pruebas tradicionales de conocimiento y aptitud para determinar el desempeño y la efectividad ante una situación o empleo específico.

Es desde este momento cuando este término comenzó a ser ampliamente aceptado y utilizado en muchas áreas. Un ejemplo de ámbitos donde ha sido utilizado son la educación tanto obligatoria como superior, el área de la salud, la banca, el emprendimiento y los estudios organizacionales. Debido al amplio abanico donde puede ser utilizado y su aceptación masiva tanto por profesionales como por investigadores, el término de competencia se ha hecho muy popular (11)

La segunda etapa (1970-1990) se caracterizó por el desarrollo del concepto de "competencia social" y su aplicación para la evaluación del profesionalismo en la gestión y el liderazgo. Se convirtió en una herramienta de gestión dando lugar a la creación de diccionarios y guías prácticas(5). En esta etapa fueron varios los autores encargados en el estudio y evolución de este concepto. En 1982 el profesor y psicólogo estadounidense Boyatzis extendió el concepto de competencia al campo empresarial y de la gestión mediante su libro *"The Competent Manager: A Model for Effective Performance"*(11). Esta publicación tuvo un gran impacto en la gestión a nivel internacional.

Tan solo unos años más tarde (1984), Raven a través de su libro *"Competence in Modern Society: Its Identification, Development and Release"* brindó ideas importantes para comprender y gestionar mejor las organizaciones. También destaca como desarrollar, evaluar y aprovechar las motivaciones de los empleados en el trabajo (14).

En resumen, durante las décadas de 1970 y 1980 se presenció un auge de las habilidades de gestión. Se profundizó en aspectos conductuales de diferentes trabajos, descomponiendo elementos conductuales y creando "carteras de competencias" basadas en estos elementos(14). Estas carteras se fueron convirtiendo en un estándar innovador de contratación, planificación de carreras, compensación, desarrollo y capacitación de recursos humanos en las organizaciones. El concepto de competencia se fortaleció y amplió en los campos técnico y gerencial, con un enfoque destacado en su aplicación práctica y medición (5).

Por último, la fase que se desarrolló en los años 90 del siglo pasado hasta la actualidad se destaca por la consideración exhaustiva y asignación de la competencia como objeto de análisis(15).

La evolución del término de las competencias alcanzó un nuevo impulso con la publicación de Spencer y Spencer en 1993 "*Competence at Work: The Model for Superior Performance*". Estos autores en esta obra presentaron cinco modelos de competencia, conocidos como modelos genéricos de competencia, que fueron universalmente aceptados por profesores, investigadores y profesionales del ámbito de la empresa(15). Uno de los más destacados fue el modelo del Iceberg, donde los componentes de la competencia se clasificaron en visible y ocultos (11).

Ya en el siglo XXI, el desarrollo del concepto de competencias ha seguido en constante evolución gracias a las aportaciones claves de diferentes autores. Drejer (2000) impulsó un modelo de desarrollo progresivo de competencias en los empleados, mientras que Siriwaiprapan (2004) enumeró cinco dominios clave de las competencias para conseguir el desarrollo individual (personal, social, de equipo, laboral y organizacional)(16) .

Un año más tarde Le Deist y Winterton (2005) presentaron por primera vez un modelo holístico de competencias(17), y en 2010 Freiling y Fichtner (2010) subrayaron el papel de una cultura organizacional positiva en el aprendizaje y el desarrollo de competencias(17).

Por otra parte, estudios más recientes como los publicados por Osei y Ackah (2015) y Mandourah et al. (2017), han vinculado las competencias de los empleados con el desempeño organizacional, destacando la importancia de combinaciones de competencias y factores contextuales, como el liderazgo y las habilidades interpersonales, en diferentes sectores e industrias(18,19).

En resumen, durante todos estos años el término de competencia ha evolucionado convirtiéndose en un concepto central y un resultado previsible y deseado en la práctica educativa a nivel mundial (5).

Las competencias habitualmente se clasifican atendiendo a tres criterios(5):

1. Competencias relacionadas con el ámbito personal. Este grupo incluye todas las habilidades relacionadas con las actividades diarias. Algunos ejemplos son el cuidado de

la salud, la integración social, la capacidad de automejora, la autorregulación, el autodesarrollo y la reflexión personal y subjetiva.

2. Competencias de interacción social. Estas están relacionadas con las habilidades para interactuar y comunicarse efectivamente con otras personas. Esto abarca las competencias de interacción social y las habilidades de comunicación.
3. Competencias relacionadas con la actividad humana. Son aquel conjunto de competencias que se relacionan con las actividades que las personas pueden desarrollar en todos los ámbitos de su vida. Algún ejemplo son las competencias cognitivas, las competencias técnicas y las competencias en las Tecnologías de la información y comunicación (TIC).

Además de estos criterios, existen otras clasificaciones. Por ejemplo, el Consejo de Europa definió una serie de competencias claves que definieran de manera más amplia y comprensiva las cualidades necesarias para vivir en sociedad (5,20). Todas estas competencias que se enumeran a continuación complementan a las mencionadas en el párrafo anterior y se caracterizan por recoger aspectos cruciales para convivir de manera adecuada en la sociedad actual:

1. Competencias sociales y políticas, necesarias para asumir responsabilidades, poder participar en la toma de decisiones grupales y resolver conflictos.
2. Competencias relacionadas con la vida en una sociedad diversa y multicultural, donde se destaca la importancia del respeto mutuo y la aceptación a cualquier persona sea cual sea su cultura, lengua y creencias.
3. Competencias relacionadas con expresión oral y escrita, esenciales para la interacción efectiva en cualquier ámbito de la persona.
4. Competencias tecnológicas, cada vez más importante por la informatización en la sociedad. Estas implican no solo el conocimiento de las tecnologías de la información, sino también de comprender su aplicación y ser capaces de ser críticos con toda la información a la que se tiene acceso.
5. Competencias de adaptarse y aprender a lo largo de toda la vida, resalta la capacidad de estar en constante aprendizaje, ya que resulta muy importante en entornos como la sociedad actual que está sometida a constantes cambios.

Todas estas competencias son por tanto multifuncionales y, al dominarlas, el estudiantado está mejor preparado para hacer frente a los problemas de la vida laboral y cotidiana. Además, son importantes para alcanzar objetivos importantes y hacer frente a situaciones complejas. Todas ellas se caracterizan por ser transversales, interdisciplinarias, multidimensionales y necesarias para convivir dentro de los diferentes grupos que existen en la sociedad (5).

Históricamente las competencias se relacionaban únicamente en el campo laboral. Sin embargo, desde las últimas décadas se han ido adentrando en el mundo educativo, porque muchos alumnos y alumnas al ingresar al mercado laboral percibían que los conocimientos que adquirieron en la formación superior no eran suficientes o adecuados para realizar las tareas de su puesto de trabajo (21). Esto hizo necesario traducir el lenguaje de las competencias profesionales al contexto educativo. Por este motivo la UNESCO publicó en 1996 el informe "Education: a hidden Treasure" donde se recoge un análisis del sistema educativo en ese momento. Este documento, además, recogió los cuatro pilares sobre el cual se sostiene el aprendizaje del estudiante a lo largo de toda su vida (7):

1. "Aprende a conocer". Cada persona construye su conocimiento día a día al combinar los elementos internos y externos a los que se encuentra expuesto.
2. "Aprender a hacer". Se refiere a la capacidad de poner en práctica lo que ha aprendido. Esto es crucial para el desarrollo de las competencias educativas y laborales.
3. "Aprender a vivir juntos". Hace referencia a la fomentación del rechazo a la discriminación y promover la igualdad de oportunidades para un correcto desarrollo personal, familiar y de la comunidad.
4. "Aprendizaje para ser". Abarca el análisis introspectivo de cada persona para conseguir sentirse realizado.

Gracias a la publicación de este informe, el concepto de competencias se fue introduciendo en el sistema educativo. Desde entonces se empezaron a desarrollar diferentes modelos curriculares basados en competencias(21).

Actualmente la enseñanza basada en competencias configura el núcleo central del paradigma educativo moderno(21). Las competencias que deben adquirirse tras cada curso de formación son utilizadas en todo el proceso del diseño educativo para establecer los objetivos académicos, seleccionar el contenido de las clases y para evaluar los conocimientos adquiridos. De esta forma se logran currículos académicos que consigan fomentar el aprendizaje de las competencias

deseadas(5). Autores como Villa-Sánchez respalda la utilización de este modelo de enseñanza al destacar que se debe disminuir la impartición de “conocimientos muertos a favor de conocimientos vivos que puedan utilizarse y enriquecerse a lo largo de toda la vida” (22) .

España es pionera en la definición e implementación de la educación basada en competencias gracias a la Universidad de Deusto. Esta facultad definió a las competencias como “el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades o destrezas, que permiten el desarrollo y la actuación de las personas”(23).

Gracias a la firma de la Declaración de Bolonia en 1990 la educación basada en competencias tuvo un gran empuje en su implementación en las universidades europeas (24). Este hito fue considerado clave para el impulso de la relación entre la educación superior y el verdadero mundo laboral. Diez años después de su firma, los ministros de educación de los países que refrendaron inicialmente el Plan Bolonia crearon el Espacio Europeo de Educación Superior en 1999 (21). Con este tratado se quiso crear un espacio europeo educativo que fuera atractivo para los y las estudiantes y competitivo a nivel internacional. Además, se pretendía que los estudiantes pudiesen beneficiarse de moverse al estudiar dentro de los países participantes con un reconocimiento equitativo de sus calificaciones y sin que eso supusiera un problema en su formación académica. En resumen, el principal objetivo es que cada alumno o alumna pudiera escoger la formación que más se adecuara a sus necesidades y deseos(10).

Todo el plan de Bolonia se basa en un enfoque educativo centrado en competencias, las cuales fueron reconocidas en el comunicado de Berlín en el 2003. Este informe subrayó la importancia de crear un marco de cualificaciones que fuera compatible en todos los sistemas nacionales de educación universitaria de los países miembros (5). Para conseguir este fin se desarrollaron diferentes ítems de evaluación que recogían la carga de trabajo en horas bajo el Sistema Europeo de Transferencia y acumulación de Créditos (ECTS), niveles y resultados de aprendizaje; y competencias que deben adquirir los y las alumnas. Es importante resaltar que todos estos criterios se adaptan a las necesidades individuales de cada estudiante, de cada centro universitario y del futuro mercado laboral al que se enfrentarán (21,24).

Desde la firma de este acuerdo, se ha iniciado una transformación del enfoque tradicional, que se basaba en la transmisión oral de conocimientos y habilidades mediante clases magistrales, hacia un modelo que promueve la adquisición activa de competencias por parte del alumnado.

La educación basada en competencias se alinea con la teoría del constructivismo social desarrollada por Vygotsky (25,26). Esta teoría sostiene que, para que se produzca un aprendizaje activo, los y las alumnas deben debatir y criticar sobre sus propias experiencias de aprendizaje o la de sus compañeros. Un elemento clave para que esto se puede llevar a cabo de manera efectiva es el papel del profesor o profesora, quien debe facilitar el proceso de aprendizaje de sus alumnos y alumnas (6,27). En resumen, así se genera un nuevo conocimiento conjunto gracias a las interacciones que surgen entre los y las alumnas y/o el profesorado (3).

Por tanto, la piedra angular de este nuevo modelo educativo se basa en la capacidad que tiene cada estudiante de dirigir y gestionar su propio aprendizaje, lo que promueve su autonomía y responsabilidad en este proceso (28). En este momento, los y las alumnas dejan de ser receptores pasivos de información y se convierten en participantes activos para conseguir aprender y adquirir las competencias necesarias para su futura vida personal y laboral.

La introducción del Plan Bolonia se inició en el curso 2010. Esta modificación en el paradigma requirió de una gran inversión en recursos informativos, así como en formación específica para los y las profesoras (6,22). Además, este sistema ha tenido que hacer frente a muchos desafíos que han ido surgiendo a lo largo de estos años para adaptarlo a los conocimientos previos del alumnado, sus necesidades e intereses. Esto ha terminado por generar sistemas educativos mucho más personalizados y flexibles(6).

En el ámbito de la educación las competencias educativas se pueden definir como el conjunto de orientaciones semánticas interrelacionadas, los conocimientos, las habilidades y las experiencias en las actividades realizados por el y la estudiante con gran importancia personal y social necesarias para llevar a cabo sus futuras actividades productivas(22).

En el sistema educativo español la clasificación de competencias que se utiliza es el realizado por el vicerrectorado de innovación pedagógica de la Universidad de Deusto en el año 2001 (23). Esta clasificación las divide en tres grandes grupos: las competencias instrumentales, las competencias interpersonales y las competencias sistémicas. Las instrumentales son aquellas utilizadas como medio o herramienta para conseguir un fin deseado. Las interpersonales se refieren a las habilidades que permite a una persona relacionarse adecuadamente con las demás. Esto incluye la capacidad de expresar sentimientos y emociones de manera apropiada, así como la habilidad de aceptar los sentimientos de los otros para lograr objetivos comunes. Por últimos, las competencias sistémicas recogen la comprensión de la totalidad de un sistema.

Para ello se requiere de imaginación, sensibilidad y habilidad para ver cómo se relacionan y unen las partes dentro de un todo (22).

La clasificación de competencias mencionada anteriormente fue utilizada en el proyecto desarrollado en Europa “Tuning Educational Structures in Europe” (29,30). Este proyecto, que se divulgó posteriormente en diversas regiones del mundo como África, Latinoamérica e India, consideró que el uso de un lenguaje de competencias unificado y coordinado era el mejor método para describir los perfiles académicos, los profesionales y definir los niveles de educación superior. Esto permitiría orientar los programas educativos hacia resultados que fueran comparables y transparentes entre diferentes instituciones. En este proyecto se reconoce la distinción de competencias en dos grandes grupos: las competencias universales (las supra-profesionales) y las competencias especializadas en la materia (específicamente profesionales) (5,22).

Sin embargo, es importante señalar que la literatura no refleja una única estrategia para el diseño de un plan de estudios basado en competencias. Autores como Sánchez-Tarazaga et al. (2022) proponen varios aspectos que se deben tener en cuenta para diseñar currículos basados en competencias (10):

- La capacidad de aprender mejora si él y la alumna asume un rol activo en el proceso enseñanza-aprendizaje. Por lo tanto, es esencial que los docentes conozcan y apliquen metodologías activas.
- Las tareas se aprenden mejor cuando se realizan en entornos que reflejan la realidad que los y las alumnas enfrentarán. Por tanto, es importante diseñar actividades relevantes que muestren el mundo real, ya que los y las estudiantes guardan y recuperan mejor la información almacenada cuando lo aprenden en un contexto relevante y estimulante.
- El profesorado de todas las materias debe colaborar con el fin de integrar cada asignatura dentro de un proyecto multidisciplinar, dialogando y revisando las competencias y sus criterios de evaluación para interrelacionar las materias y no crear compartimentos de carácter estanco.

- La dimensión narrativa del proceso de aprendizaje-análisis de los y las alumnas se debe impulsar a la vez que se fomenta su pensamiento crítico haciendo que reflexionen sobre como lo han hecho, las decisiones que han tomado o los aspectos que mejorarían.
- Los docentes deben utilizar métodos de evaluación diferentes provenientes de distintas fuentes de información e instrumentos con el objetivo de que el desempeño de los y las alumnas pueda ser observado y evaluado de la forma más objetiva posible.

El modelo educativo basado en competencias es muy complejo y exige hacer frente a cuatro grandes retos para lograr su correcta implementación y que los y las alumnas logren aplicar lo aprendido en situaciones reales (31):

Primer reto: dimensión conceptual. La competencia es un “conocimiento complejo”. Es importante comprender que la competencia surge de la interacción continua entre diversos elementos. Se trata de un proceso en continua evolución y no la suma de unos resultados esperados. Es fundamental señalar que ser competente, es decir, dominar una acción específica, no es sinónimo de poseer competencias, es decir, contar con los recursos adecuados. Por tanto, adquirir conocimientos y recursos no es suficiente, es imprescindible saberlos utilizar adecuadamente en contextos particulares.

Segundo reto: dimensión desarrollo-reconstructiva. En este modelo educativo es muy importante orientar los procesos hacia la acción del participante donde la experiencia desempeña un papel indispensable en la adquisición de competencias.

Tercer reto: dimensión estratégica. Este enfoque implica el desarrollo de una nueva perspectiva sobre el aprendizaje, así como de su evaluación. Para lograrlo es esencial además de identificar situaciones de aprendizaje relevantes procurar recopilar evidencia suficiente sobre las competencias, establecer criterios de méritos e intentar fijar niveles de consecución de las competencias.

Cuarto reto: dimensión operativa. Es importante para su evaluación que se utilicen métodos válidos y fiables, sin olvidar que la competencia no puede ser simplemente observada, sino que tiene que poder evaluarse a partir del desempeño de acciones específicas. Diversos autores proponen para ello tener en cuenta la “Pirámide de Miller” como punto de partida de

evaluación. Miller recoge que para el desarrollo y la evaluación de una competencia hay que tener en cuenta el saber, el saber cómo, el demostrar cómo y el hacer.

1.2. Concepto de competencias socioemocionales y tipos de competencias socioemocionales

Las habilidades socioemocionales (HSE) son también conocidas como “habilidades blandas”, “habilidades no cognitivas”, “habilidades del Siglo XXI” o “fortalezas del carácter”. Algún ejemplo de habilidades socioemocionales son la perseverancia, la sociabilidad y la curiosidad, que como su nombre indica, tienen un estrecho vínculo con las emociones. Las emociones se encuentran presentes en todos los comportamientos de las personas y son las que motivan, impulsan y dirigen tanto el pensamiento como la conducta (32).

La palabra emoción proviene del latín *emovere*, relacionándola con el movimiento, lo que indica que en las emociones está implícita la tendencia a la acción (33). Cuando las personas experimentan una emoción actúan de una determinada forma, por ejemplo, huyen o se alejan de lo que les provoca angustia. La manera en el que las personas reaccionan ante las emociones viene determinada por la interpretación que hacen de los indicadores verbales y no verbales de las conductas (32). Estos procesos ya han sido ampliamente estudiados en el ámbito de la psicología, sin embargo, actualmente lo que resulta más novedoso respecto a estas habilidades es que se ha pasado de creer que eran rasgos fijos de la personalidad a ser habilidades modificables que se pueden aprender y mejorar (34). En la actualidad es comúnmente utilizado el término habilidad o aprendizaje socioemocional. Describirlas como habilidad tiene la connotación de la posibilidad de su educabilidad o entrenamiento.

Es importante, distinguir los conceptos de habilidad y competencia. Las competencias son “las habilidades que nos permiten desempeñar roles de manera efectiva, completar tareas complejas o alcanzar objetivos específicos”. Algún ejemplo de competencias socioemocionales son el pensamiento crítico, la toma de decisión responsable o la capacidad de colaboración(32).

La bibliografía considera estas competencias igual de importantes que las competencias cognitivas para lograr el máximo desarrollo personal y profesional de cada persona(35). Poseer este tipo de competencias se ha relacionado con mayores logros académicos, mayores ingresos, éxito laboral, mayor salud y más satisfacción a nivel laboral y personal (36). Un estudio realizado

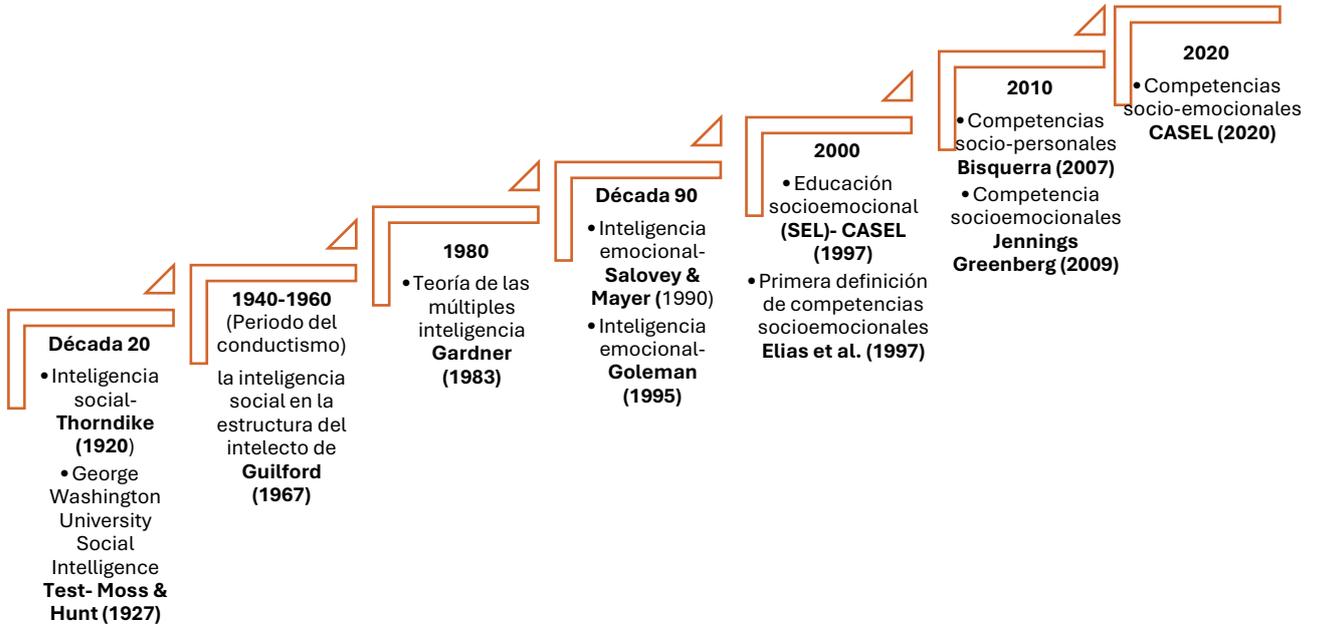
por el Instituto de Tecnología de Carnegie subrayó entre las 10.000 personas más exitosas del mundo el 85% lo había conseguido gracias a su personalidad y sus habilidades blandas, mientras que, tan solo el 15% lo habían alcanzado debido a sus habilidades técnicas. Por otra parte, estudios de desempleo reflejaron que el 90% de los despidos se debe a la carencia de habilidades socioemocionales y tan solo el 10% por la carencia de habilidades técnicas(37). Por tanto, el éxito no solo está determinado por la inteligencia o por habilidades técnicas sofisticadas (38).

Aunque el término de competencias socioemocionales se encuentra en pleno auge, y es comúnmente estudiado en el campo de la economía, la educación y la psicología en sus publicaciones científicas generalmente no se define de manera unívoca que son. La mayoría de los estudios publicados definen las competencias con un listado de aspectos relacionales y emocionales sin la adopción de criterios objetivos (35). Esta dificultad para definirla se debe a la naturaleza multidimensional de este término, ya que incluye aspectos sociales, emocionales y otras competencias. Todo esto ha generado durante años mucha confusión sobre cuál de estas dimensiones se desarrolló primero, quien fue el responsable y cómo se combinaron para formar un concepto único(39). Además, presenta dificultad a nivel inter conceptual ya que a veces estas competencias se confunden con términos como la inteligencia emocional. A nivel intra conceptual, se usan de forma indistinta los términos competencia, habilidad y destreza, lo que genera mucha confusión e imprecisión (39,40). Esta dificultad en su definición también se aprecia en que cada investigador toma decisiones diferentes en el método de evaluarlas al no existir un constructo consolidado (35).

Haciendo un breve recorrido histórico (fig.1), sin poder determinar una temporalidad exacta y única, la bibliografía distingue cuatro periodos en el desarrollo del concepto de competencia socioemocional (39):

1. El inicio del concepto centrado en la competencia social.
2. El inicio del concepto centrado en el componente emocional.
3. El inicio del concepto con integración de los componentes sociales y emocionales.
4. El inicio del concepto que entiende el componente social y emocional como una competencia.

Figura 1. Evolución histórica del concepto de competencia socioemocionales



Fuente Lozano-Peña et al. (2021) (39).

En 1920 Thorndike (41) introdujo el termino de inteligencia social, y Moss y Hunt (42) desarrollaron un instrumento para medirla; sin embargo, los resultados de estas evaluaciones no fueron significativos. Este fracaso, unido al auge del conductismo por aquella fecha llevó al cese de la investigación sobre la inteligencia social durante un tiempo. Años después el modelo de inteligencia de la estructura del intelecto propuesto por Guilford (43) y la teoría del aprendizaje social desarrollada por Bandura (44) mostraron que la combinación de factores sociales y psicológicos influyen en el comportamiento humano(39).

Más tarde, en 1983, Gardner desarrolló la teoría de las inteligencias múltiples, definiendo los conceptos de inteligencia intrapersonal e interpersonal (45). Estos conceptos fueron la base para que años más tarde Mayer y Salovey definieran la inteligencia emocional (IE) como “capacidad para observar los sentimientos y emociones propias y ajenas, discriminar entre ellas y utilizar esta información para dirigir la acción y el pensamiento” (39). Este concepto se

popularizó en 1995 gracias a la publicación del libro “La Inteligencia Emocional” del autor Goleman (46). En su obra este autor recogía que la IE es predictora de la capacidad potencial que cada persona tiene para aprender habilidades prácticas, lo que puso de manifiesto la existencia de otras habilidades que iban más allá de la cognición y el intelecto.

Goleman definió las competencias socioemocionales como el conjunto de habilidades adquiridas a partir de la inteligencia emocional, que contribuyen a un rendimiento sobresaliente tanto en el ámbito laboral como académico. Estas competencias las basó en poseer dos habilidades clave: la empatía y las habilidades sociales. La empatía porque permite comprender los sentimientos de los demás, y las sociales porque ayudan a gestionar y utilizar esos sentimientos de manera adecuada (46,47). Así, este autor establece una distinción entre tener una gran IE y desarrollar competencias socioemocionales. Aunque una elevada IE indica que la persona tiene gran potencial para adquirirlas y perfeccionarlas, no garantiza que realmente las aprenda, las desarrolle o llegue a dominarlas (46). En resumen, la IE y las competencias socioemocionales son conceptos diferentes pero que se encuentran muy relacionados entre sí (39).

Fueron años después cuando Bisquerra (2003) afirmaría que las competencias socioemocionales si se pueden adquirir a lo largo de la vida practicando los conocimientos aprendidos, actitudes y debido a los rasgos propios de cada personalidad (48).

La integración de los componentes sociales y emocionales se observa por primera vez cuando la Asociación Colaborativa para el Aprendizaje Socioemocional (CASEL) define el concepto de aprendizaje socioemocional. Este aprendizaje se define como el proceso mediante el cual las personas adquieren y aplican de manera eficaz conocimientos, actitudes y habilidades para comprender, gestionar emociones, establecer y alcanzar objetivos, ser empático, mantener relaciones positivas con los demás y tomar decisiones sensatas (49,50).

La primera definición de competencia socioemocional recogida en la literatura fue la realizada por Elías et al. (1997). Este autor la definió como la capacidad para comprender, manejar y expresar aspectos sociales y emocionales para lograr éxito en las tareas, aprendizaje, relacionarse interpersonalmente, resolver problemas y tener capacidad de adaptarse a las demandas del entorno (49).

Adentrándonos ya en el siglo XXI, Bisquerra y Escoda (2007) las definieron como *“el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales”* (51).

Como refiere Danner et al. (2021) las competencias socioemocionales tienen mucho en común con los cinco grandes rasgos de la personalidad definidos por la psicología: conciencia, amabilidad, estabilidad emocional, extroversión y mentalidad abierta. De hecho, este modelo es actualmente el marco de evaluación más utilizado. A veces diferenciar los términos de habilidades socioemocionales, rasgos de personalidad y otros constructos es difuso, pero sí que existen pequeños matices que los diferencian entre ellos que es importante mencionar. Los rasgos de personalidad hacen referencia a los patrones característicos de sentimientos, pensamientos y acciones (es decir, los comportamientos típicos), las competencias socioemocionales describen que también las personas pueden realizar tareas específicas (es decir, conseguir el máximo rendimiento) (36).

Una vez realizado un breve recorrido histórico de la definición del concepto a continuación se va a explicar la forma de clasificarlas. Aunque no existe un consenso único, se van a presentar dos modelos de agrupación.

Por un lado, el propuesto por Bisquerra (2003) (48) y de CASEL (2005) (50). Estos autores clasificaron las competencias socioemocionales de la siguiente forma: emocional (tomar conciencia de las propias emociones y comprender la de los demás), regulación emocional (manejar las emociones, tener buenas habilidades de afrontamiento, autogenerar emociones positivas), autonomía emocional (autoestima, motivación, resiliencia, autoeficacia), competencia social (comunicación efectiva, respeto, asertividad, prevención y solución de conflictos) y competencias para la vida y el bienestar personal (toma de decisiones, búsqueda de ayuda y recursos).

Por otra parte, otras autoras como Devis-Rozental (2018) las clasificó en siete áreas diferentes: motivación, resiliencia, empatía, compromiso social, confianza, conciencia de sí mismo y auto bondad (52) (Tabla 1).

Tabla 1. Áreas de la competencia socioemocional y sus definiciones

Término	Definición
Motivación	<i>Motivo o incentivo para actuar de una manera en específico</i>
Resiliencia	<i>Capacidad de ajustarse a situaciones desafiantes utilizando nuestro repertorio emocional y desarrollando diferentes herramientas de afrontamiento</i>
Empatía	<i>Ser capaz de ponerse en el lugar de otra persona y ver su perspectiva.</i>
Compromiso Social	<i>La manera en la que nos relacionamos y respondemos a los demás, así como al entorno.</i>
Confianza	<i>Creencias en las capacidades propias y en la habilidad para alcanzar el éxito</i>
Conciencia de sí mismo	<i>Capacidad de comprender internamente nuestras emociones y formas de actuar sin prejuicios</i>
Auto bondad	<i>Ser capaces de reconocer y valorarnos a nosotros mismos de manera positiva y con afecto</i>

Fuente Delgado-Villalobos et al. (2022) (53).

Para concluir, aunque actualmente no existe una definición ni una clasificación aceptada universalmente los investigadores sí que coinciden en la importancia de estas competencias en todos los ámbitos de la vida de las personas (54). A pesar de la evidencia de su importancia para el desarrollo personal la integración de la enseñanza de estas competencias en las políticas de los sistemas educativos sigue siendo en la actualidad una asignatura pendiente (3).

1.3. Las competencias socioemocionales y los cuidados de la salud

El reconocimiento de la importancia de las competencias socioemocionales para los cuidados de la salud tiene su origen en otras disciplinas, como la aviación (55). A raíz de una serie de trágicos accidentes aéreos y el posterior estudio de sus causas se evidenció el alcance de aspectos humanos como la comunicación y el trabajo en equipo para preservar la seguridad de los vuelos(56). Herramientas utilizadas para reducir errores en la aviación comercial fueron transferidas al sector de la salud en la década de los 90, iniciándose así una corriente en la que se reconocía ampliamente la relevancia de las competencias blandas en la seguridad del paciente(57). Paralelamente en esta época se iniciaba el desarrollo de la simulación clínica (58).

Gracias a estos avances fueron surgiendo diferentes proyectos de entrenamiento en competencias socioemocionales en diferentes equipos multidisciplinares. Uno de los más conocidos fue el de medicina de emergencia “Med Teams” en 1999(59). En este mismo año el Consejo de Acreditación para la Educación Médica elaboró un informe en donde recogía que los residentes americanos al terminar su formación debían haber adquirido seis competencias generales, entre las que se incluían competencias socioemocionales. Unos años más tarde, la Junta Estadounidense de Especialidades Médicas exigió que los médicos que ya estaban ejerciendo poseyeran esas competencias(34). Estos avances reflejaron un reconocimiento formal del impacto directo que tienen las competencias socioemocionales en la atención, cuidado, satisfacción, seguridad y recuperación del paciente (60,61).

Además de esos acontecimientos, al inicio de los 2000 se publicaron dos informes, “To Err is Human” en los Estados Unidos y “An Organisation with Memory” en el Reino Unido. Estos documentos arrojaron más evidencia sobre cómo las competencias socioemocionales influyen en los cuidados prestados. Desde este momento ha quedado claro que la calidad de los cuidados no viene marcada exclusivamente por las habilidades técnicas, sino que tiene un gran peso la capacidad del profesional para establecer vínculos con los pacientes y la gestión de situaciones de alto impacto emocional de manera emocionalmente inteligente (56).

En la enfermería, la adquisición de competencias socioemocionales también cobra especial relevancia. La globalización, la evolución de las tendencias educativas, la diversidad de formaciones posgrado, los avances en la introducción de la tecnología en los cuidados de la salud y la disponibilidad de una gran variedad de perfiles profesiones de enfermeros altamente cualificados, hace necesarios que los enfermeros estén preparados en multitud de campos debido a la alta competencia por lo que resulta crucial además de las competencias técnicas tener competencias blandas que te hagan diferenciarte del resto (62).

Pero las competencias blandas no tienen en el campo de la enfermería solo relevancia a la hora de aplicar en un empleo. Como refiere Dimitrov et al. (2020) la deficiente calidad de muchos servicios asistenciales del sistema sanitario no se debe únicamente a una mala realización de los procedimientos técnicos sino a una carencia de competencias blandas entre sus profesionales (38). Por tanto, la adquisición de competencias socioemocionales en los enfermeros cada vez es más importante, ya que algunos autores mencionan que la enfermería parece estar perdiendo

su enfoque en la calidad del cuidado, priorizando cada vez más los aspectos técnicos y científicos por encima del enfoque humano (62).

Aunque es conocida y compartida entre los autores la importancia de estas competencias en el cuidado de la salud y cómo influye en su recuperación fisiológica y social, aun no existe un consenso sobre cuáles son las principales para garantizar una atención holística y de calidad (38). Existen tres corrientes de autores. Los primeros refieren que la comprensión interpersonal, el compromiso, la capacidad de recoger información, el autocontrol, la capacidad de dar una respuesta efectiva y poseer pensamiento crítico son las más importantes. El segundo grupo, sin embargo, destaca la empatía como la competencia clave. Por último, el tercer grupo refiere que el elemento clave para crear una adecuada relación terapéutica con los pacientes y sus familiares son la capacidad de gestionar conflictos y manejar el estrés(38).

La relación terapéutica es un enfoque donde a través de la empatía, comunicación clara y efectiva; y la confianza mutua se negocian los cuidados y se ofrecen las opciones terapéuticas en la que las personas se empoderan para participar, tanto como deseen involucrarse, en cualquier toma de decisiones sobre su salud (63). Establecer y mantener esta conexión con los pacientes donde se puede comprender sus miedos, valores, creencias y deseos es una pieza fundamental para prestar unos cuidados de calidad (64). En este contexto por tanto resulta imprescindible que estos profesionales cuenten con competencias de comunicación y empatía efectivas. Estas competencias no solo son necesarias para evitar errores y preservar la seguridad del paciente, sino también porque refuerzan la relación terapéutica ayudando a reducir la vulnerabilidad percibida por los pacientes, lo cuales valoran mucho la cortesía, el apoyo emocional y la amabilidad prestada por los profesionales (62,65).

La comunicación verbal y no verbal es muy importante en las relaciones terapéuticas. Como muestra Bagacean et al. (2023) la comunicación verbal solo tiene un 7% del impacto total del mensaje. Mientras que la comunicación vocal representa el 38 % y la facial el 55%. Por tanto, es muy importante que los sanitarios controlen los signos no verbales como el contacto visual, la postura, el tono de voz ya que influye notablemente en la transmisión del mensaje y, por tanto, en la satisfacción percibida del paciente (66).

A la hora de conocer cuáles son las competencias socioemocionales más relevantes en la práctica asistencial también es importante tener en cuenta la percepción de los pacientes. Según los resultados presentados por Morera-Balaguer et al. (2021) y Yoo et al. (2020) los pacientes

manifiestan que prefieren profesionales que sean cercanos, se involucren en las necesidades individuales, sean empáticos y sepan escuchar de manera activa. Además, también valoran que compartan la toma de decisión clínica y muestren seguridad y confianza (63,67). Al mismo tiempo de emplear estrategias de cuidados efectivas también es muy importante que los profesionales sepan gestionar sus emociones y la de sus pacientes con el objetivo de tomar decisiones de manera consensuada y adecuada (34)

Todas estas competencias mencionadas tienen un impacto directo en la satisfacción de los usuarios. La literatura refleja que los profesionales con competencias blandas ayudan a disminuir la ansiedad de los pacientes, mejorar su adherencia al tratamiento y por tanto mejorar los resultados en salud (3,34,68).

Dejando de lado la percepción de los pacientes, también es importante que los profesionales de la salud posean competencias como la autorregulación emocional y la resiliencia ya que se ha demostrado que contribuyen a prevenir errores clínicos y aumentar la seguridad del paciente (69). Un entorno laboral positivo, junto con un buen trabajo en equipo, reduce el estrés y ayuda a disminuir errores derivados de la falta de comunicación o coordinación entre los diferentes profesionales que velan por la salud de los pacientes (34,70). Autores como Gibert et al. (2017) demostraron que un mejor funcionamiento del equipo sanitario se relaciona con mejores resultados en salud para los pacientes (71).

No hay que olvidar que la capacidad de un trabajador para aceptar el feedback, trabajar bajo presión y tomar buenas decisiones en situaciones críticas está influido por una competencia clave que no se ha mencionado aún, la autoconfianza. Saber tomar decisiones buenas, rápidas y bien transmitidas es crucial para la supervivencia y recuperación de la salud del paciente (72,73).

Por otra parte, en la atención sanitaria resulta crucial gestionar de manera eficiente el tiempo, ser capaz de priorizar la carga de trabajo y realizar varias tareas de manera simultánea pues en la medicina, a diferencia de otros campos las vidas dependen de los plazos (74). Se conoce que el trabajo bajo presión representa una de las principales causas de estrés laboral e insatisfacción entre los sanitarios. Esto pone de manifiesto la importancia de la adquisición y entrenamiento de este tipo de competencias para prevenir el burnout y mejorar la satisfacción laboral (75,76).

También es muy importante que sepan resolver eficientemente los conflictos que se presenten (77), con una actitud siempre tranquila y respetuosa (78–81). Según Ay et al. (2019) debido a la naturaleza del trabajo de los enfermeros la resolución de conflictos es el aspecto más crítico de la práctica enfermera(77).

Para finalizar, estas competencias cobran aún más relevancia en entornos clínicos complejos, como quirófanos, unidades de cuidados intensivos, cuidados paliativos, oncología o urgencias, donde el aspecto humano de la atención puede marcar la diferencia en la experiencia del paciente y su familia, así como en los resultados de su tratamiento (82).

Por todo esto es esencial dotar a los profesionales de la salud de competencias socioemocionales para que sean capaces de autogestionar correctamente sus emociones, puedan establecer una relación terapéutica eficaz y tomen las mejores decisiones posibles (34).

1.4. Entrenamiento en competencias socioemocionales

Es ampliamente reconocido que las habilidades técnicas están completamente arraigadas en la formación de los profesionales de la salud (38). Sin embargo, el desarrollo de estas competencias por sí solas no garantiza la prestación de una atención holística de calidad, pues este enfoque integral del cuidado requiere de una serie de habilidades intra e interpersonales que van más allá de la realización de técnicas asistenciales como se ha descrito en el apartado anterior (82). Las competencias socioemocionales pueden describirse como la estética, el arte de la enfermería, el aspecto innatamente creativo que eleva esta profesión a una vocación noble y de cuidado (62).

Dada la importancia demostrada de estas competencias para alcanzar el éxito en la escuela y en el trabajo la gran pregunta de los investigadores en las últimas décadas es si estas competencias se pueden entrenar. Existe un amplio acuerdo en que a pesar de su “heredabilidad sustancial”, estas competencias se pueden aprender y moldear a través de la educación (36). Alzahrani et al. (2023) y Sancho-Cantus et al. (2023) afirman que las competencias socioemocionales pueden desarrollarse o fortalecerse a través de su entrenamiento, es decir, mediante la práctica en el aula, la reflexión, la retroalimentación y la repetición (34,82).

A pesar de ya conocer que pueden ser adquiridas, actualmente la problemática radica en que existe una falta de claridad de cómo entrenarlas de manera efectiva(34). Actualmente se están haciendo esfuerzos para implementar intervenciones educativas en competencias

socioemocionales para paliar la creciente necesidad de formación en este campo. Los cursos diseñados se ofrecen en forma de cursos independientes para complementar la formación continua o bien están integrados dentro de los programas educativos universitarios. Algunos de estos ejemplos son las formaciones que se están llevando, en Canadá y en Estados Unidos. Estos países han desarrollado en el campo de la medicina por ejemplo el modelo CanMEDS donde se ha añadido en la formación de los médicos residentes seis competencias no técnicas y la ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education, por sus siglas en inglés) ha introducido también en sus programas de formación seis competencias socioemocionales básicas que mejoran la enseñanza y el aprendizaje de los médicos (82) .

A pesar de estos tipos de iniciativas, autores como Alzahrani et al. (2023) indican que a pesar de su importancia muchas competencias como la mejora de la toma de decisión, la comunicación, el liderazgo, la comunicación o el trabajo en equipo aún no recibe la suficiente atención dentro de las aulas de las facultades de Ciencias de la Salud (82). En esta línea, otros autores como Green-Weir et al. (2021) y Almeida y Morais (2023) en los resultados de sus estudios también evidenciaron la poca carga de horas lectivas que se dedicaban a la formación en competencias socioemocionales a pesar del interés creciente de las instituciones por ir incorporándolas en los planes de estudio y en la evaluación de los programas académicos (83,84).

Este retraso en la introducción en el sistema de enseñanza superior se debe principalmente a ciertos factores inhibidores como el tamaño de los cursos, la falta de un marco instructivo integral y la falta de métodos de evaluación validados. Todo esto dificulta la plena integración de las formaciones en competencias socioemocionales en la educación superior (1).

Para aprender cualquier habilidad, incluidas las socioemocionales, se necesita seguir la siguiente secuencia de técnicas (85):

- 1- Instrucciones: es necesario informar primeramente sobre el objetivo que se persigue.
- 2- Modelado: hay que presentar ejemplos de expertos realizando la conducta deseada.
- 3- Ensayar la conducta: practicar la conducta en una situación que asegure su aprendizaje.
- 4- Retroalimentación y refuerzo: se debe guiar y reforzar el desarrollo y la continuidad de la conducta deseada.
- 5- Generalización: hacer extensible lo aprendido a situaciones diferentes a las aprendidas originalmente.

Como recoge Silberman en su libro (86) “aprender no es una consecuencia automática de verter información en la cabeza de la otra persona. Requiere la implicación mental del alumnado y la acción”. Este autor defiende que dar clases teóricas y solo demostrar nunca producirán un aprendizaje real y duradero mientras que el aprendizaje activo sí.

En esta línea refiere que para que las personas aprendamos algo de manera correcta debemos oírlo, verlo, cuestionarlo, discutirlo con el resto de los compañeros y hacerlo. Incluso incluye que enseñar a alguien más ayuda a solidificar los conocimientos obtenidos (86). El enfoque activo en la formación requiere que el alumnado utilice los siguientes pasos: oiga, vea, cuestione, discuta, haga y enseñe. Por tanto, a diferencia del aprendizaje clásico o pasivo, donde el estudiantado solo se limitaba a ser receptor del contenido teórico, el aprendizaje activo les exige participar en actividades de aprendizaje y reflexionar posteriormente sobre lo que han hecho(27).

Este modelo de aprendizaje activo tiene su base teórica Confucio, quien hace ya más de dos mil años declaró (87):

“Lo que oigo, olvido.

Lo que veo, recuerdo.

Lo que hago, entiendo.”

Los principales enfoques pedagógicos en los que se sustenta la formación en competencias socioemocionales incluyen los citados a continuación:

- A. **Aprendizaje basado en competencias:** este enfoque educativo, ya explicado anteriormente, se centra en que el estudiantado desarrolle competencias específicas y claves para su vida laboral y personal como la empatía, la comunicación y la autorregulación (22).
- B. **Aprendizaje activo:** sitúa al estudiantado en el centro del aprendizaje, impulsando su participación directa, fomentando el desarrollo de competencias socioemocionales a través de la práctica y la reflexión(88).
- C. **Aprendizaje colaborativo:** este enfoque parte de que el aprendizaje se consigue a través del trabajo en equipo y la interacción social. Gracias a ese modelo se puede desarrollar habilidades interpersonales esenciales como la cooperación, la resolución de conflictos y la escucha activa (89).

- D. **Aprendizaje experiencial:** este enfoque se basa en que el alumnado aprende a través de vivir una experiencia directa. Los estudiantes adquieren las competencias recreando situaciones prácticas que simulan la realidad, aplicando lo aprendido a contextos reales y a través de la reflexión de las experiencias vivenciadas (90).

Varios programas de formación en enfermería han introducido diferentes iniciativas para el desarrollo de las competencias blandas a través de diferentes metodologías. En una revisión sistemática publicada en 2022 por Widad y Abdellah se recogieron las principales metodologías utilizadas entre las que se citan el entrenamiento basado en simulación que se desarrollará con más detalle en el siguiente capítulo, el aula invertida, la gamificación o estrategias pedagógicas combinadas (91).

- **Aula invertida.** Esta metodología cambia el esquema tradicional de enseñanza. Se caracteriza porque los y las alumnas acceden de manera autónoma e independiente a los contenidos teóricos antes de recibir las clases. Se sustenta de herramientas de contenido digital como videos y de otros materiales didácticos realizados por el o la docente (92,93). Este formato permite dejar el tiempo de aula presencial para resolver las dudas y profundizar en el contenido. En este modelo de enseñanza la tecnología y las diferentes actividades que se plantean en el aula (cuestionarios, tutorías, aprendizaje entre pares, discusiones grupales, actividades prácticas...) generan entornos de aprendizaje cooperativos que resultan atractivos y dinámicos para los y las alumnas (94) . La bibliografía respalda esta metodología activa como útil para entrenar competencias socioemocionales ya que permite reflexionar e intercambiar ideas lo que favorece el desarrollo de la empatía, el pensamiento crítico y la comunicación efectiva (95).
- **Gamificación.** En este enfoque pedagógico se utilizan los juegos para motivar y generar que los y las alumnas se hagan cargo de su propio proceso de aprendizaje (96). Esta metodología ha resultado eficaz para el desarrollo de competencias como la comunicación efectiva y la resolución de conflictos (97). Además, ciertos juegos y actividades promueven el desarrollo del trabajo en equipo, mejoran la toma de decisiones y con la superación de retos los estudiantes pueden entrenar la empatía, la gestión de emociones o incluso

desarrollar la capacidad de liderazgo (98). El aspecto lúdico que lo caracteriza no solo hace que el aprendizaje sea más divertido, sino que también ayuda a reducir el miedo a cometer errores, generando por tanto un entorno seguro de aprendizaje y de reflexión personal. Todos estos aspectos son clave para conseguir un eficaz aprendizaje socioemocional (96).

Como conclusión es importante recalcar que a medida que la formación en competencias socioemocionales se integre en los currículos educativos de ciencias de salud y se desarrollen técnicas específicas para su adquisición surge una nueva paradoja: estas competencias ya no pueden considerarse simplemente como “no técnicas”. Pues parece que describirlas como “no técnicas” quedan en un segundo plano en comparación con las técnicas, cuando la realidad es que ambas son imprescindibles e inseparables para prestar una atención y cuidados de calidad. Tal vez en el futuro haya que denominarlas bajo nuevos términos como “competencias paraclínicas” o “gestión de recursos clínicos” para reconocer su verdadero valor en estos profesionales (56).

1.5. La evaluación de las competencias socioemocionales

En la actualidad, sumado a la falta de horas en los currículos educativos para la formación en competencias socioemocionales se encuentra también el desafío de que aún no existe la suficiente evidencia de cómo y con qué herramientas evaluar la adquisición de estas competencias correctamente(99). A diferencia de las competencias técnicas que pueden ser medidas de manera tangible con exámenes prácticos y teóricos; las competencias socioemocionales por su naturaleza más subjetiva y dependiente del contexto carecen aún de una herramienta universal capaz de evaluarlas de manera precisa y consistente(35).

Con frecuencia los instrumentos de evaluación utilizados hasta el momento presentan los siguientes desafíos (99):

1. Dificultad para proporcionar una retroalimentación a los estudiantes al ser evaluaciones en su gran mayoría que se realizan únicamente al inicio y/o final de la capacitación.
2. Uso de formularios en estudios longitudinales con muchas variables, lo cual no es factible completar al finalizar cada sesión.
3. La utilización exclusiva de la autoevaluación.
4. Falta de experiencia por parte del profesorado y del estudiantado en este tipo de evaluaciones.

Además de los detallados anteriormente también se encuentran problemas en la medición, como los diferentes estilos de respuesta; problemas de amplitud-fidelidad; la falta de convergencia entre las medidas; la baja consistencia interna en las puntuaciones de alguna subescala; y las respuestas aquiescentes (100). La respuesta aquiescente es definida como “la tendencia general de una persona a estar de acuerdo (respuestas afirmativas) o en desacuerdo (respuestas negativas) de manera constante con los ítems de un cuestionario, independientemente de su contenido” (101).

Todos estos retos han llevado a los investigadores a tener que explorar otras formas de optimizar los métodos de evaluación existentes y han creado la necesidad de introducir nuevos para evaluar las competencias socioemocionales (100).

Es importante a la hora de implementar métodos de evaluación saber que para medir la capacitación en competencias socioemocionales se debe cumplir con tres funciones clave: diagnosticar, formar y sumar el progreso del y la estudiante (102) .

1. Realización de un diagnóstico inicial. Antes de comenzar con la formación se debe hacer un análisis inicial con el objetivo de conocer las debilidades y puntos fuertes del estudiantado. A partir de estos resultados se realizan los ajustes y modificaciones necesarios en la enseñanza a impartir. Constituye una herramienta clave para conocer cuál es el punto de partida y planificar los contenidos de una manera más adecuada.
2. Función formativa. Esta evaluación se basa en conocer cómo se está aprendiendo, dejando de lado al enfoque exclusivo en los resultados finales. Gracias a este análisis se pueden hacer las modificaciones pertinentes de manera rápida y eficaz al tener información sobre los avances y/o áreas de mejora tanto para la y el alumno como para el profesorado.
3. Función sumativa. Esta evaluación se hace al terminar el módulo de formación, y su principal objetivo es medir si se han conseguido los objetivos planteados. Esta es la evaluación que normalmente se utiliza para calificar al alumnado. Aunque puede ser realizada de manera

periódica, se enfoca en los resultados finales, evaluando por tanto el conjunto de aprendizajes que el estudiando ha adquirido.

Al no existir un consenso en la literatura sobre el mejor método de evaluación de estas competencias, se puede afirmar que no existen instrumentos correctos o incorrectos. Todos ellos presentan una serie de ventajas y desventajas, por tanto, la correcta elección radica en escoger el que más se adecue a lo que se quiere evaluar.

A continuación, se van a describir diferentes métodos que se han utilizado en diferentes formaciones para medir la adquisición de competencias socioemocionales.

Evaluación en 360º.

La evaluación en 360º o también llamada retroalimentación de múltiples fuentes es un método de evaluación basado en la observación estructurada. Tras esa observación se entrega al alumnado un feedback sobre su práctica proveniente de diferentes fuentes, entre ellos compañeros y profesores. Si se realiza en la práctica asistencial pueden recibir informes de otros profesionales sanitarios, administrativos hasta incluso pacientes(103). Gracias a este método se puede obtener una visión integral del comportamiento, las actitudes y las competencias de los participantes en la capacitación desde diferentes perspectivas (104).

Un ejemplo de una escala de medición desarrollada a partir de este enfoque es la Escala de Perspectiva Docente (D-ECREA) (104). Este cuestionario permite la evaluación de las competencias socioemocionales desde la perspectiva docente, integrando la autoevaluación y la heteroevaluación.

La principal ventaja de esta herramienta es que es muy completa y equitativa, ya que considera las opiniones de varias personas que interaccionan con el estudiante en diferentes contextos. Sin embargo, sus principales desventajas es que puede ser difícil de implementar al requerir mucho tiempo y recursos. También se debe tener en cuenta que la retroalimentación puede ser influenciada por las relaciones personales (105). La utilización de múltiples métodos e informantes puede ayudar a reducir las debilidades de los métodos individuales expuestos anteriormente, aumentando la fiabilidad y validez de las puntuaciones de las pruebas. Aunque este método requiere invertir más tiempo y recursos, enriquece los datos y proporciona respuestas a una mayor variedad de preguntas de investigación. La naturaleza multidimensional

de las competencias socioemocionales "sería desvirtuada" si únicamente fuese evaluada a través de una única herramienta o un solo informante (100).

Pruebas de juicio situacional:

Las pruebas de juicio situacional (SJT, por sus siglas en inglés) es otro método de evaluación en la que se les presenta al estudiantado una serie de ítems que describen escenarios realistas, conocidos como "situaciones iniciales" junto con un conjunto de posibles reacciones(106). Este escenario puede representarse mediante una descripción narrativa, videos, animaciones o avatares. Los evaluados deben seleccionar la respuesta que mejor represente como se comportarían ante esa situación (107). A través de las contestaciones se pretende evaluar los rasgos, valores, habilidades y otros atributos subyacentes que dictan la decisión que han tomado (106).

La simulación

La simulación clínica, además de ser una herramienta eficaz en la formación, también es un método de evaluación muy utilizado en la educación en salud. Mientras que el alumnado participa en los escenarios simulados se les puede evaluar su lenguaje verbal y no verbal, su forma de resolver conflictos o la toma de decisiones entre otras (108,109).

En el siguiente capítulo se va a desarrollar el tema de la simulación clínica en profundidad y sus aplicaciones en el proceso de enseñanza-aprendizaje en las ciencias de la salud.

Cuestionarios y escalas de autoevaluación

Los cuestionarios y escalas de autoevaluación son herramientas muy utilizadas en el ámbito educativo y profesional. Permiten evaluar desde aspectos fisiológicos, afectivos, motivacionales, cognitivos hasta procesos conductuales expresivos y componente de la emoción (53).

La principal ventaja de esta herramienta es que es fácil para aplicar en muestras grandes, puede ser utilizado en varios lugares simultáneamente y se obtienen respuestas fácilmente medibles. Además, ayudan a fomentar la autorreflexión de los y las participantes al darles la oportunidad de analizar sus comportamientos y actitudes(99). Sus principales desventajas es que puede verse

influenciada por sesgos cognitivos como la deseabilidad social y puede no reflejar con precisión el comportamiento en situaciones reales (53).

Estos cuestionarios comúnmente están conformados por una serie de ítems acompañados de escalas de Likert y anclajes basados en etiquetas descriptivas o indicadores de frecuencia. Por ejemplo, una escala de Likert descriptiva para medir el nivel de logro puede ir desde “debo mejorar”, pasando por “aceptable”, “regular”, “bien”, hasta “muy bien”. En cambio, las escalas que se basan en frecuencias suelen estar conformadas por opciones como “muy frecuentemente”, “frecuentemente”, “ocasionalmente”, “raramente” y “nunca” (107).

Además, con el fin de garantizar una evaluación más precisa, estos cuestionarios normalmente incluyen varios ítems que abordan los diferentes matices de una habilidad, como la regulación emocional. Un ejemplo puede ser mezclar afirmaciones positivas y negativas como “puedo controlar mis emociones” o “mis emociones me abruma completamente”. Esto permite reducir sesgos, como el de aquiescencia(107).

Otros aspectos que deben cumplir los cuestionarios es que sean confiables y que puedan utilizarse para comparar sus resultados entre distintos grupos. Por ello las características psicométricas de las escalas son muy importantes, ya que miden la fiabilidad y la consistencia de las respuestas, asegurando que las preguntas realmente miden aquello que se desea evaluar (53).

A partir de las siete áreas que conforman las competencias socioemocionales recogidas por Devis-Rozental (2018) explicadas ya anteriormente existen múltiples escalas para su medición. En la tabla 2 se refleja aquellos que han sido utilizados en la bibliografía en estudios empíricos con estudiantes universitarios(52).

Tabla 2. Cuestionarios utilizados para medir habilidades socioemocionales

Área de la competencia socioemocional	Instrumento
Motivación	Cuestionario de Motivación y Estrategias de Aprendizaje de García et al. (1988).
	Cuestionario de Metas Académicas de Morán y Menezes (2011).
	Cuestionario MAPE-3 de Alonso-Tapia et al. (2000) .
	Escala de Motivación Académica de Vallerand et al. (1989).
	Escala de Motivación Escolar en español de Nuñez (2006).
Resiliencia	Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (2003).
	Escala de medición de Resiliencia con mexicanos de Palomar y Gómez (2010).
	Escala de Resiliencia construida por Wagnild y Young (1993), en su versión traducida y adaptada al español por Heilemann et al. (2003).
	Cuestionario de Resiliencia para estudiantes universitarios (CRE-U) elaborado por Peralta et al. (2006).
Empatía	Test de Empatía Cognitiva y Afectiva de López et al (2008).
	Índice de Reactividad Interpersonal de David (1983). En su versión validada al español (Pérez Albéniz et al., 2003).
Compromiso social	Escala HABICOM desarrollado por Hernández-Jorge y De La Rosa (2017).
Confianza	Escala Self - Confidence Scale (SCS) de Hicks et al. (2006).
Conciencia de sí mismo	Autoevaluación de la Inteligencia Emocional -Test de Emily Sterrett. Sterret (2002)
Auto bondad	Escala de Autoestima de Rosenberg (1965).
	Self-concept form 5 de García y Musitu (2001).
	Inventario de Autoestima de Coopersmith (1997).

Adaptado de Delgado-Villalobos et al. (2022) (53)

Para concluir es importante recalcar que cada herramienta de evaluación presenta sus propias fortalezas y debilidades, por ello la elección del método depende del contexto y de los objetivos que se persigan. Idealmente se recomienda utilizar la combinación de varios instrumentos para obtener una evaluación más integral. Esto se debe a que las herramientas psicométricas

proporcionan datos cuantitativos valiosos, mientras que la observación directa y la simulación clínica permiten ver las competencias en acción. La autoevaluación, la evaluación por pares y el análisis de incidentes críticos ofrecen una visión más introspectiva y holística, complementando los datos objetivos y mejorando la reflexión personal sobre el desempeño (99,105,110).

1.5.1. Cuestionario de Habilidades Comunicativas (HABICOM)

En este apartado se va a describir el cuestionario validado que se ha utilizado en una de las fases empíricas de esta tesis doctoral.

Se utilizó para evaluar la adquisición de competencias socioemocionales el Cuestionario de Habilidades Comunicativas diseñado por Hernández-Jorge y de la Rosa (2017) (104).

Este cuestionario cuenta con dos escalas. Una de ellas evalúa la percepción que tienen los estudiantes sobre el uso cotidiano de sus habilidades comunicativas. Esta se denomina la escala de Autopercepción personal (AP). La otra, la cual conforma la escala de Importancia Profesional (IP), evalúa la importancia que los y las alumnas dan a sus habilidades de comunicación para ejercer en el mundo laboral. La escala cuenta en total con 78 ítems.

En esta tesis doctoral solo se ha utilizada la escala de AP compuesto por 34 preguntas. El formato de respuesta es una escala tipo Likert de cinco niveles que van desde “1= nunca lo utilizo” hasta “5=lo utilizo mucho”.

Para calcular la consistencia interna de este cuestionario se midió a través del Alpha de Cronbach, que obtuvo un coeficiente de 0,95 para el cuestionario global y de 0,91 para la escala de AP.

La escala de AP mide un total de ocho factores, cada uno de ellos evalúan diferentes aspectos de la comunicación y la interacción. A continuación, se presenta una descripción de cada uno de los ocho factores.

1. **Generar motivación** (6 ítems)
 - Capacidad de crear expectativas positivas basadas en las necesidades del interlocutor.
 - Uso del refuerzo y la valoración.
 - Creación de un clima positivo, cálido y cercano.
 - Provisión de probabilidad de éxito.
 - Demostración de atención y preocupación.
2. **Comunicación No Verbal** (5 ítems)
 - Evaluación de los aspectos no verbales de la comunicación.
3. **Empatía** (4 ítems)
 - Comprensión de las emociones del otro.
 - Capacidad de ponerse en el lugar del interlocutor.
 - Disposición a la escucha.
4. **Expresión Emocional** (3 ítems)
 - Capacidad de ofrecer información sobre uno mismo.
 - Expresión de emociones y necesidades.
5. **Expresión Oral** (4 ítems)
 - Evaluación de vocalización, volumen, modulación y ritmo del habla.
6. **Transmisión Informativa** (4 ítems)
 - Capacidad de expresarse de manera comprensible, estructurada, poco densa y distintiva.
7. **Comunicación Abierta y Auténtica** (5 ítems)
 - Eliminación de bloqueos en la escucha.
 - Apertura y autenticidad en la comunicación.
 - Congruencia entre el mensaje verbal y no verbal.
 - Espontaneidad en la transmisión y participación.
8. **Escucha** (3 ítems)
 - Evaluación de la escucha activa.
 - Capacidad de recopilar información efectivamente.

2. La simulación clínica

2.1. Concepto de simulación clínica y grados de fidelidad

Uno de los principales problemas en la educación en enfermería siempre ha sido la falta de coordinación entre los contenidos teóricos y las necesidades reales de la práctica clínica, es por ello por lo que el aprendizaje basado en simulación nace como respuesta a la formación exclusivamente teórica que existía hasta el momento (111).

La simulación clínica es un método de enseñanza que reemplaza o complementa experiencias de la vida real con experiencias prácticas gracias a la imitación fiel del mundo real de manera totalmente interactiva y segura para el alumnado (112). Gracias a seguir determinados escenarios diseñados por el instructor el estudiantado puede vivir experiencias muy parecidas a las de su rol profesional, por lo que los y las alumnas logran un conocimiento real combinando la teoría con la práctica(113). Es por tanto una técnica de enseñanza y formación muy enriquecedora ya que permite a los futuros profesionales sanitarios comprender, mejorar, adquirir conocimientos, habilidades y actitudes a todos los niveles (111).

El aprendizaje basado en la simulación (SBL, por sus siglas en inglés) se ha convertido en una parte esencial de la formación de los estudiantes de ciencias de la salud (114–119). Este método de enseñanza activo, en combinación con otros, como señala Elshama (2020) debe formar parte de todos los currículos educativos de ciencias de la salud para solucionar los problemas sobre las faltas de prácticas con pacientes reales durante su formación. Además, este mismo autor destaca que esta herramienta es muy útil para exponer a los estudiantes a desafíos éticos y legales de los pacientes que en muchas ocasiones nunca llegan a experimentar durante su formación o a eventos críticos que constituyen una fuente de aprendizaje para la adquisición de competencias técnicas y socioemocionales (119).

Debido a que la simulación permite adquirir diferentes competencias sin poner en riesgo a los pacientes ni al estudiantado se convierte en la mejor alternativa a la enseñanza puramente teórica(120). Además, en el entorno simulado el alumnado puede practicar las habilidades tantas veces cómo sea necesario hasta dominarlas completamente(111). Por todo esto es un método que puede transformar significativamente la educación y el entrenamiento en ciencias de la salud tal como lo conocemos en la actualidad (116)

Mediante la simulación, se intenta sustituir a los pacientes reales por pacientes virtuales, estandarizados o por diversas tecnologías que permiten recrear escenarios clínicos auténticos con fines educativos. Los simuladores pueden abarcar la enseñanza desde la simple demostración de un escenario en un ordenador, como una prueba cognitiva, hasta la ejecución de técnicas de enfermería o procedimientos integrados con maniqués (111).

Es importante mencionar que aunque la simulación constituye un método de aprendizaje viable e interesante no todos los objetivos de aprendizaje pueden conseguirse a través de esta metodología de enseñanza. Es por eso que la eficacia de su uso radica en utilizarla para conseguir un objetivo concreto. Para evaluar la idoneidad de su aplicación para conseguir un fin específico hay que tener en cuenta su validez, fiabilidad y utilidad. La validez de la simulación hace referencia a que los escenarios sean lo más parecidos a los escenarios reales. Para que sea fiable las sesiones de simulación deben tener unos resultados esperables que fomenten el descubrimiento y el dominio del aprendizaje. Por último, para evaluar su utilidad hay que pensar si para conseguir los mismos objetivos se puede utilizar otro método mejor, más eficaz o por ejemplo más económico (119).

Es importante reconocer que no todos los tipos de simuladores son igualmente válidos para la adquisición de cualquier tipo de habilidad. La elección del tipo debe evaluarse en función de su diseño y su capacidad para lograr los objetivos marcados, ya que no existe una simulación que abarque la consecución de todas las tareas de manera objetiva. Por ello, para asegurar el mejor resultado posible esperado es crucial seleccionar el tipo de simulación de manera adecuada (119).

A lo largo de la literatura, se pueden encontrar diferentes clasificaciones de los modelos y metodologías en la simulación clínica. Las más comunes tienden a centrarse en el tipo y la complejidad del simulador, pasando por alto otros aspectos fundamentales que deberían considerarse, al menos, con igual importancia (121). Como recoge Barroso y Herrera (2021) el aprendizaje basado en simulación va mucho más allá de la tecnología utilizada porque se sustenta en principios de adquisición de conocimientos y habilidades asegurando la seguridad de los y las alumnas y pacientes, en un entorno realista donde son tenidos en cuenta elementos como por ejemplo los factores emocionales, ambientales, técnicos y relacionales (121). Es por lo que como refleja Elshama (2020) la experiencia de aprendizaje para la adquisición de

habilidades es muy diferente según el entorno de enseñanza, porque es mucho más importante aprender en entornos de alta fidelidad que la fidelidad del simulador en sí(119).

A continuación, se va a realizar una pequeña síntesis de los diferentes métodos de clasificación de los simuladores en la educación médica. Sin embargo, es importante primero aclarar los términos de fidelidad de la simulación y de la fidelidad del simulador. La fidelidad de la simulación es definida según el Diccionario de la Sociedad de la simulación en ciencias de la salud como “el grado en el que la simulación replica el evento real o el lugar de trabajo, incluyendo elementos físicos, psicológicos y ambientales”. El segundo se refiere al “grado en que el equipo utilizado en la simulación responde a las acciones realizadas por el participante” (112).

Una vez explicada la diferencia entre estos términos, se va a describir las diferentes clasificaciones de simuladores recogidas en la bibliografía. En la tabla 3 se encuentra un resumen de los tipos de técnicas de simulación junto con sus principales características y aplicaciones.

Tabla 3. Resumen de tipo de metodologías de simulación.

Niveles	0	1	2	3	4	5
Técnica de simulación	Simulación escrita	Baja fidelidad, part task trainers y maniqués básicos	Simuladores de pantallas, virtuales y quirúrgicos.	Paciente estandarizado	Fidelidad intermedia y maniqués de tamaño real que no son totalmente interactivos	Alta fidelidad y maniqués de tamaño real completamente interactivos
Habilidades entrenadas	Cognitivas pasivas	Psicomotoras	Cognitivas interactivas	Psicomotoras, cognitivas e interpersonales	Psicomotoras, cognitivas e interpersonales	Interactivas, psicomotoras, cognitivas e interpersonales
Uso	Manejo, diagnóstico y evaluación de pacientes	Practicar habilidades	Manejo de habilidades clínicas y cognitivas	Realización de examen físico, diagnósticos y manejo de los pacientes	Igual que en el anterior nivel; realización de procedimientos, entrenamientos de simulación full-scale	Igual que en al anterior nivel

Adaptado de Corvetto et al. (2013) (122)

La clasificación más utilizada es la que realizaron Maran y Glavin (2003) en donde los tipos de simuladores se organizan según su grado de fidelidad: alta, media y baja (123).

Simuladores de baja fidelidad o Part-Task trainers:

Los Part-Task son maniqués pequeños que representan partes de la anatomía humana, por ejemplo, un brazo, el tórax o la pelvis. Ayudan a simular situaciones clínicas sencillas de manera simplificada. Con estos simuladores no se puede interactuar ni se pueden utilizar para estudiar respuestas fisiológicas complejas. A pesar de ello, son muy útiles para aprender y mejorar habilidades técnicas como la inserción de vías venosas, suturar, realizar intubaciones, aprender a realizar vendajes o a iniciarse en la reanimación cardiopulmonar (RCP) (124).

Algunos ejemplos de simuladores de baja fidelidad son los descritos a continuación:

- Maniqués parciales de entrenamiento. Están constituidos por modelos estáticos de partes del cuerpo humano utilizado para practicar habilidades motrices. Son utilizados para aprender a realizar técnicas específicas. Pueden replicar desde un brazo, un torso o cualquier parte anatómica específicas(119). (Ilustración 1)

Ilustración 1. Maniquí de brazo para la práctica de habilidades técnicas



Fuente: María Lanza

- Simuladores de Tareas en pantalla (Ilustración 2). Son programas informáticos que simulan escenarios clínicos. Permiten a los y las alumnas ir tomando decisiones, frecuentemente son usados para simular situaciones críticas o de alta presión, y recibir un feedback en base a la decisión que ha tomado de manera inmediata de manera virtual. Su principal utilidad es para mejorar la toma de decisión y mejorar el aprendizaje cognitivo de protocolos clínicos (125,126).

Ilustración 2. Software I-Human Pacientes y BODY Interact™



Fuente: Body interact (127).

La principal utilidad de estos simuladores en el campo sanitario es que permiten realizar un entrenamiento inicial y repetitivo de ciertas técnicas básicas y tomas de decisión lo que hace que el estudiantado se vaya familiarizándose con ellas. Al no estar los y las estudiantes sometidos a presión, encontrarse en un entorno controlado y sin riesgo para ellos ni para los pacientes favorece el aprendizaje. Para concluir, hay que señalar que este tipo de simuladores en ocasiones son utilizados también por el profesorado como método de evaluación de realización de procedimientos más simples antes de pasar a simuladores y situaciones de más dificultad (119,124).

Simuladores de fidelidad intermedia:

Los simuladores de fidelidad media permiten un entrenamiento más realista que los citados anteriormente pero no permiten que los y las alumnas se sumerjan completamente en la situación. Son simuladores de fidelidad intermedia los maniqués mecánicos y los simuladores gráficos basados en pantalla (119). Estos maniqués no son de cuerpo completo y están conectados a un software menos complejo que hace que los y las profesoras puedan manejar variables fisiológicas básicas para que el estudiantado desarrolle las competencias marcadas (128). El objetivo de las sesiones con simuladores intermedios es que cuando el alumnado termine la actividad sea capaz de resolver problemas, realice la habilidad y sepa tomar decisiones adecuadas durante el escenario clínico (129,130). Algún ejemplo de simuladores de fidelidad intermedia son el simulador Harvey (Ilustración 3)(131), destinado al desarrollo de

habilidades clínicas ya que es capaz de reproducir ruidos cardiacos y pulmonares normales y de diversas patologías.

Las características principales son su interactividad limitada, es decir, los y las alumnas pueden practicar habilidades recibiendo retroalimentación sin encontrarse completamente inmersos en un entorno de alta fidelidad. Además, son muy usados en el entorno educativo por ser fáciles de transportar y de manejar(130).

Ilustración 3. Modelo de Simulador Harvey.



Fuente: Laerdal Medical(132)

Simuladores de alta fidelidad:

Estos maniqués de tecnología avanzada junto con entornos de alta fidelidad permiten al alumnado un aprendizaje experiencial en una situación muy parecida a la realidad de su profesión (133). Los simuladores de alta fidelidad son maniqués de cuerpo completo que se asimilan a los pacientes reales. Estos simuladores son capaces de hablar con los y las alumnas, tener reacción pupilar a la luz, respirar y orinar. Además, gracias a los softwares sofisticados también pueden presentar pulsos periféricos, tensión arterial, y ciertas variables respiratorias que aparecen en un monitor. también simulan la sangre para que el estudiantado aprenda ciertas técnicas de canalización de venas y arterias o pueda aprender a medir gases (119).

Lo más interesante de estos simuladores es que son capaces de responder fisiológicamente a las decisiones que toman los y las alumnas ya que se los programa para que demuestren ciertos niveles cardiacos y de conciencia(119). Por ejemplo, una aplicación muy útil es la que recogen Guoyan et al. (2020) en donde estos simuladores con modelos fisiológicos de respuesta

predictiva y herramientas de interfaz gráfica ayudan a que el estudiantado descubra las diferentes respuestas a una dosis de administración dada. Esto es muy útil por ejemplo para aprender de manera fácil la relación fármaco-proceso fisiológico (134).

Además, estos simuladores permiten al alumnado y mejorar las habilidades comunicativas ya que pueden establecer conversaciones con el maniquí (135). Por tanto, nos encontramos ante herramientas pedagógicas que son capaces de enseñar habilidades y competencias clínicas mucho más complejas como la toma de decisión eficaz, la resolución de problemas, el pensamiento crítico y el juicio clínico entre muchas otras que recogen los estudios previos(78,123).

Otra forma de clasificarlo es según la propuesta por Ziv et al (2003), los cuales dividieron en 5 tipos los simuladores(136):

1. Simuladores de baja tecnología, también conocidos como entrenadores de tareas. Suelen ser modelos como una mano o un brazo utilizados para llevar a cabo una habilidad clínica que permite repetirse todas las veces que se quiera hasta que el alumnado sepa realizarla (136).
2. Paciente simulado. Personas entrenadas para representar de manera coherente y precisa a un paciente que padece una enfermedad o un problema de salud. Algún ejemplo son el paciente estandarizado y los juegos de roles o role-play (RP). Esta simulación permite tanto enseñar como evaluar habilidades clínicas (realizar entrevista clínica, examen físico, entrenar habilidades de comunicación, etc.) Se caracterizan por su realismo y por permitir que los estudiantes reciban un feedback sobre lo trabajado (80,124,137,138).
3. Simuladores virtuales en pantalla. Están constituidos por softwares informáticos, donde el estudiante a través de aplicaciones informáticas puede desarrollar la toma de decisiones, el razonamiento y el juicio clínico. Además, es muy utilizada por los y las profesoras ya que permite evaluar estas competencias a varios estudiantes a la vez y de manera conjunta (136,139,140).
4. Los simuladores de tareas complejas permiten representar de forma tridimensional un espacio anatómico con háptica auditiva, táctil y visual gracias a software altamente desarrollados (ilustración 4). Son utilizados para el desarrollo de habilidades técnicas, especialmente para el campo quirúrgico, así como para mejorar la toma de decisión (141,142).

Ilustración 4. Simulador 3D para cirugía intraocular.



Fuente: Rangarajan et al. (2020) (142).

5. Simuladores de paciente completo (Ilustración 5). En este grupo se encuentran los maniqués de cuerpo completo de alta fidelidad explicados en párrafos anteriores (124,136).

Ilustración 5. Simulador de alta fidelidad.



Fuente: Laerdal Medical(132)

Una última forma de clasificar los simuladores es si utilizan o no la simulación humana. En la simulación humana se encuentra el role-play y el paciente estandarizado. Y el término de simulación no humana abarca los maniqués de diferente fidelidad y la simulación virtual que ya se ha detallado anteriormente (119).

A continuación, se va a explicar en qué consisten y para qué son utilizados los simuladores con pacientes estandarizados y el rol-play.

Siegelman et al. (2021) definen el paciente estandarizado como a una persona no experta que ha recibido una formación específica para representar situaciones y condiciones clínicas con fines de enseñanza y evaluación. Estos “actores” usualmente imitan a pacientes, pero pueden también representar a otros profesionales sanitarios o familiares (Ilustración 6) (143).

Este tipo de metodología es útil para que los y las alumnas adquieran habilidades comunicativas en general. Les permite aprender a preguntar, recoger información para la historia clínica o para realizar la exploración física gracias a la interacción con pacientes de diferente edad y patología. Además, pueden recibir una retroalimentación al terminar para mejorar los aspectos convenientes de la relación interpersonal(144). Estudios previos también han demostrado que ayuda a mejorar la toma de decisión y el asesoramiento conjunto con el paciente lo que tiene consecuencias directas con la mejora en la futura relación terapéutica (145).

Es muy utilizado en el mundo académico porque da gran realismo y fidelidad a los escenarios diseñados, especialmente en el contexto de situaciones emocionalmente complejas. Estudios previos han demostrado que la utilización de los pacientes simulados tiene gran impacto en mejorar las actitudes positivas hacia el cuidado de pacientes moribundos mejorando la autoeficacia de los y las alumnas (146).

El paciente estandarizado además de desempeñar un papel muy importante en el aprendizaje de todas estas competencias complejas constituye un método de evaluación de exámenes clínicos muy común. Un ejemplo de su uso son en el examen clínico objetivo estructurado (OSCE, en sus siglas en inglés). Este examen suele ser realizado antes de terminar los estudios y sirve para conocer si los y las alumnas han adquirido las competencias técnicas y no técnicas a lo largo de su formación (147).

Ilustración 6. Paciente estandarizado



Fuente: Laerdal Medical (2024) (132).

El otro simulador humano es el role-play. Los juegos de rol surgen históricamente del psicodrama. Es un tipo de aprendizaje experimental donde los estudiantes asumen diferentes personajes y aprenden en un escenario que imita una situación real (ilustración 7) (148). Como explican Khan y Sheikh (2021) el juego de rol es una forma de arte en la que se pide al alumnado que se imaginen a ellos mismos o a otras personas en una situación determinada. A continuación, se pide que tras imaginárselo se comporten como lo harían en la vida real(148).

Estudios previos en la educación superior y en el campo de la formación en salud (80,149) han demostrado que el uso del RP es una herramienta metodológica muy potente para el desarrollo de competencias socioemocionales. Como refiere Garay et al. (2022) ayuda a fortalecer el aprendizaje, “nutre el alma”, mejora la convivencia en el aula y fomenta el desarrollo de la empatía como componente necesario para conseguir mejorar la autorregulación de las emociones (149). También ayuda a aprender y mejorar competencias interpersonales como la comprensión, la escucha activa y la mejora de la comunicación verbal y no verbal (148).

Otra de las características que convierte al RP en una herramienta útil es que permite aprender estas competencias en entornos de alta carga socioemocionales como el cuidado de pacientes moribundos y críticos (138).

Por último, también influyen en mejorar la reflexividad del equipo gracias a la retroalimentación con los grupos de discusión que pueden generarse tras realizar el rol-play lo que tiene consecuencias en mejorar la competencia colectiva de los equipos sanitarios (148).

Ilustración 7. Enseñanza del manejo de urgencias médicas a través del rol-play



Fuente: Laerdal medical (2024) (132).

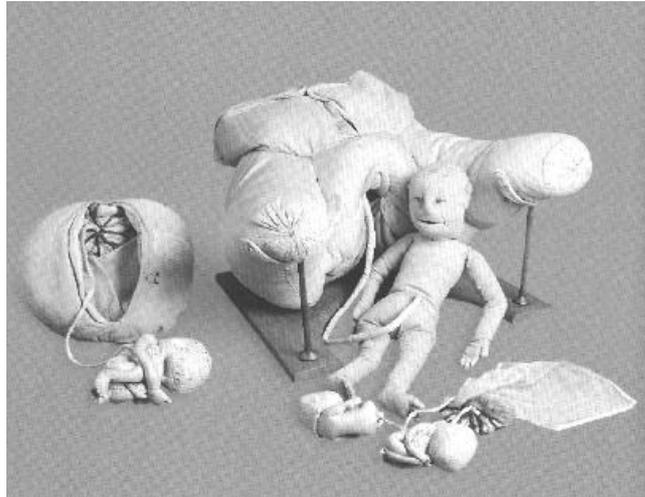
Para concluir con este epígrafe sobre la simulación clínica es importante mencionar que, aunque la evidencia demuestra que la simulación es importante en la formación de los futuros sanitarios no reemplaza en ninguna circunstancia los prácticum. El aprendizaje basado en simulación complementa las prácticas en entornos asistenciales reales y ayuda a los estudiantes a explorar casos inusuales y menos comunes que pueden experimentar durante sus prácticas (119).

2.2. Evolución histórica de la simulación en los cuidados de la salud

Haciendo un breve recorrido histórico de la utilización de la simulación clínica en la enfermería se puede afirmar que se ha utilizado prácticamente desde los inicios del desarrollo de esta profesión. Ejemplo de ello son que ya durante el siglo II A.C hay referencias de que se utilizaban melones para aprender a hacer incisiones y se utilizaban muñecas de lino para aprender a hacer vendajes (121).

Durante la edad moderna, en la Francia del Siglo XVIII de la mano de Madame Du Coudray se desarrolló un modelo de feto y de la pelvis de una mujer para que las matronas practicasen los partos (ilustración 8). Esto les permitió aprender a desarrollar técnicas de parto que permitió reducir las tasas de mortalidad maternas e infantiles (150).

Ilustración 8. La "Machine" de Madame du Coudray



Fuente: Carty, E. (2024) (150)

Entre los siglos XX y XXI se pueden diferenciar cuatro etapas importantes en el desarrollo de la simulación clínica:

Primera etapa:

Durante el inicio del siglo XX, la directora de la Hartford Hospital School, la Sra. Lauder Sutherland, desarrolló la idea de utilizar maniqués para el aprendizaje. Ella contactó con una empresa de fabricación de muñecas, lo que dio lugar a la creación de la "Señora Chase" por Martha Jenkins Chase en el año 1911. Este maniquí supuso el inicio de la utilización de modelos para practicar técnicas básicas de enfermería como fue "poner inyecciones" y fue a partir de este momento cuando empezaron a fabricar simuladores (151).

Segunda etapa:

En 1960 se fabricó el simulador "Rescue Annie" por la empresa Leardal, caracterizado por ser sencillo, económico, práctico y efectivo (152). Es considerado el primer fantoma utilizado para simular el cierre de la vía aérea y poder así practicar la ventilación(151).

Fue también en ese mismo año, en la Universidad del Sur de California, cuando se creó el simulador Sim One, el primero considerado de alta fidelidad. Este innovador simulador, manejado por ordenador, presentaba características de alta fidelidad. Era capaz de reproducir

sonidos cardíacos y respiratorios. Además, también podía simular la inspiración y espiración, abrir y cerrar la boca, y contraer las pupilas (58).

Durante esta etapa eventos importantes como la declaración de Helsinki en 1964, documento que defendía la importancia de la protección de las personas de la experimentación clínica para velar por su seguridad; y el desarrollo de la tecnología empujó al estudio y desarrollo de la simulación clínica moderna tal y como la conocemos actualmente(58).

Entre mediados y finales del siglo XX se estimó que un 65% de los accidentes en el mundo de la aviación registrados se debían a errores humanos. Con el objetivo de reducirlos se desarrollaron simuladores de alto realismo que permitían a los pilotos poder practicar sin riesgos. Basándose en esos desarrollos el Dr. David Gaba aplicó estas herramientas provenientes de la simulación aérea para mejorar el entrenamiento de los anestelistas en los quirófanos y así mejorar la seguridad del paciente (121).

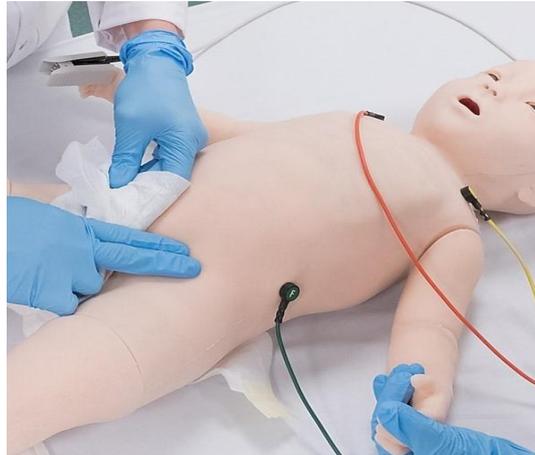
Tercera etapa:

En los años 90, los simuladores continuaron evolucionando, produciendo modelos cada vez más sofisticados diseñados para realizar técnicas básicas como cateterismos vesicales y punciones venosas(152).

Es a partir de esta década cuando se produjo un mayor avance tecnológico en la generación de simuladores cada vez más complejos que venían integrados con sistemas informáticos. Entre ellos destacaron el Comprehensive anaesthesia simulation environment (CASE), MEDSIM y el SIMBABY. Este último por ejemplo permitía simular el parto de manera completa y sus complicaciones derivadas.

Gracias a este tipo de simuladores se podían ya simular escenarios muy similares a la realidad ya que tenían características muy reales gracias a los sonidos, movimientos y respuestas que emitían ante las actuaciones de los aprendices(58,152) (Ilustración 8).

Ilustración 9. Modelo Simulador SIMBABY



Fuente: Laerdal Medical(132)

Cuarta etapa:

Desde inicio del siglo XXI hasta hoy en día se han desarrollado los llamados “Haptic simulators”. Se caracterizan por la combinación de software de tercera y cuarta generación junto con sensaciones táctiles, auditivas y visuales. Esto ha permitido que los y las alumnas puedan aprender en situaciones cada vez más similares a la realidad.

En la actualidad, además de centrar los esfuerzos en desarrollar simuladores cada vez más sofisticados se está llevando a cabo un gran esfuerzo en investigar cómo es la manera más efectiva de aplicarlos en la formación en ciencias de la salud (141,152). Como respuesta a estas nuevas inquietudes, en el 2002, fue fundada la International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INACSL). Esta organización tenía como principal objetivo investigar para desarrollar estándares basados en la evidencia en relación a la metodología de simulación clínica en Enfermería (151).

Hoy en día la simulación clínica es comúnmente utilizada para enseñar habilidades técnicas (153). Las principales materias que hacen su uso son la ginecología y obstetricia, la anestesiología y la atención al paciente críticos y en situación de emergencia (141,154) . Suelen diseñarse talleres prácticos en estas asignaturas destinados a practicar, por ejemplo habilidades como la reanimación cardiopulmonar, el manejo de la vía aérea, la canalización de accesos venoso o la realización e interpretación de electrocardiogramas (153).

Sin embargo, como se redactará en un apartado posterior hoy en día la simulación se está iniciando y desarrollando para su utilización en la enseñanza de competencias socioemocionales (155–160).

2.3. Teorías y modelos de aprendizaje

Tal como refiere Ross, S. (2021) la simulación es una gran herramienta de aprendizaje. Sin embargo, para que su diseño y aplicación sea eficaz se debe comprender e incorporar una teoría del aprendizaje educativo y unas pautas pedagógicas sólidas (161).

Por ello el aprendizaje basado en simulación, tal como se conoce hoy en día, se alimenta de diversas teorías del aprendizaje. Todas ellas tienen en común que defienden que los y las alumnas deben aprender a través de la experiencia de una manera activa. En relación con esta afirmación Herrera-Aliaga y Estrada (2022) recogen en su investigación que los adultos cuentan con múltiples experiencias previas y por ello es muy importante que el aprendizaje de las experiencias sea relevantes y aplicables a situaciones concretas (162).

Una de las principales teorías con las que la SBL guarda estrecha relación es con la teoría del constructivismo. Sí bien, hay que mencionar que el constructivismo es realmente una epistemología, no una verdadera teoría y debido a sus múltiples definiciones hoy en día existen muchas ramificaciones de la filosofía central(161). Uno de sus principales precursores fue Ausubel, quien en 1963 desarrolló la Teoría del Aprendizaje Significativo (163). El constructivismo afirma que las personas construyen su propio conocimiento gracias al procesamiento interno de la información. Durante este procesamiento es donde se crean las dos contingencias más significativas del constructivismo: el constructivismo cognitivo y el significativo. El primero hace referencia a la simple memorización de información. Este aprendizaje mecánico no tiene gran relevancia para los estudiantes, ya que limita la retención de la información y dificulta su conexión con el conocimiento preexistente. Sin embargo, el aprendizaje significativo se fundamenta en que los estudiantes adquieren nuevos conocimientos a partir de sus experiencias. Para ello la mente filtra y procesa la información del entorno creando su propia realidad, su conocimiento. Gracias a este modelo el estudiantado no absorbe pasivamente el conocimiento, sino que establece redes de comprensión basándose en las experiencias personales previas (161).

Un concepto muy importante en el constructivismo es la denominada “zona de desarrollo próximo”. Es definida como la brecha entre lo que los estudiantes son capaces de realizar de

manera autónoma y lo que pueden conseguir llegar a hacer gracias a la orientación o colaboración(164). Es aquí donde reside la importancia de que los y las alumnas sean guiados para ayudarles a conseguir competencias que de otra manera no podrían, lo que aumenta su autoconfianza. Tener en cuenta esta “zona” y la importancia del “andamiaje pedagógico” permite a los estudiantes poder llevar a cabo tareas más complejas, acelerando incluso su ritmo de aprendizaje(164).

Otro de los modelos de aprendizaje de referencia en la SBL es el conocido como “El cono del Aprendizaje” del autor Edgar Dale(165). Este autor visualiza el aprendizaje como un cono dividido en diferentes niveles que representan diferentes metodologías de enseñanza (Ver figura 2). En la cúspide del cono se encuentran los métodos que utilizan símbolos orales y visuales, donde el estudiantado tiene un papel pasivo de recibir conocimiento. Sin embargo, según bajamos hacia la base los métodos de enseñanza precisan de cada vez mayor participación del alumnado como en la dramatización y experiencias simuladas. En la base del cono se encuentra el método de enseñanza más efectivo, la experiencia directa. Según este autor por tanto las experiencias prácticas en entornos reales, junto con las simuladas serían las estrategias que permiten la mayor adquisición de conocimientos.

Figura 2. Cono del aprendizaje según Edgar Dale Fuente.



Adaptado de Rondal (2022)(166)

Por otra parte, se encuentra la teoría del aprendizaje experiencial desarrollada por Kolb (1984). Esta teoría integra muchos conceptos constructivistas. Según este autor, las personas aprenden gracias a la transformación de la experiencia (90).

Kolb desarrollo cuatro fases que explicaban el ciclo del aprendizaje experiencial. En primer lugar, el alumnado vivencia una experiencia. Después el estudiantado reflexiona sobre ella, los detalles y cómo se ha comportado. En la tercera fase, la conocida como conceptualización abstracta, él o la alumna reflexiona centrándose en cómo enfocaría esa situación si volviese a experimentarla en el futuro. La cuarta fase consiste en volver a exponer al alumnado a la nueva experiencia para que ponga en marcha todo lo reflexionado (161).

Bajo este marco teórico se respalda el uso del debriefing en la simulación clínica (153). Ya que como evidencia el ciclo de Kolb, la experiencia no es suficiente para aprender, sino que es necesario hacer una reflexión profunda sobre lo que se ha hecho (90).

Todas estas teorías descritas sirven como marco teórico para la aplicación eficaz y práctica de la simulación, pues ayudan a conocer cómo se produce el aprendizaje, como introducir la simulación en los planes de estudios y como graduar el grado de complejidad de los escenarios diseñados(162).

2.4. Diseño y fases de las sesiones de simulación (prebriefing, briefing y debriefing)

Es muy importante a la hora de implementar la formación basada en simulación diseñar las sesiones en función de los objetivos que se desean conseguir, así como tener en cuenta las preferencias del docente y los recursos de los que se dispone. Sin bien, es importante que antes de diseñar una sesión de simulación el docente haga una evaluación de necesidades en la que se incluyan los siguientes aspectos (154):

- El docente debe saber para qué necesita realizar la sesión de simulación.
- Debe conocer las debilidades, desafíos, fortalezas y oportunidades de la implementación de la formación.
- Es interesante que previamente conozca las necesidades de las partes implicadas, bien por acceso a estudios que muestren sus percepciones o a través de encuestas pasadas antes del diseño de las sesiones.

- Conocer los datos de los resultados de otros entrenamientos en otros contextos utilizados para la consecución del mismo objetivo planteado.

La realización de este proceso de evaluación anteriormente descrito ayuda a generar sesiones de simulación cada vez más innovadoras y adaptadas a las necesidades de cada alumnado. Todo esto ayuda a mejorar el aprendizaje en las áreas clínicas donde se realice. En último lugar, todo esto impacta en que facilita la creación de guías estandarizadas de simulación, ayuda a introducir la simulación en el momento más adecuado y permite identificar cuáles son las competencias que más necesitan y más importancia tienen para preparar de la mejor forma posible a los y las futuras alumnas. Una adecuada preparación ayudará a generar profesionales que mejoren la atención y seguridad de los pacientes (167).

Aunque tradicionalmente el aprendizaje basado en simulación se usaba para enseñar habilidades técnicas específicas de la profesión, tomar constantes o extraer sangre; actualmente empiezan a tener un importante papel en la enseñanza de competencias más complejas, como la gestión del tiempo, la realización de múltiples tareas de manera simultánea o la adquisición de competencias socioemocionales (119).

Una vez que es conocida el por qué y para qué se va a implementar el aprendizaje basado en simulación en el aula la bibliografía define ciertos criterios que deben cumplirse para elaborar las sesiones formativas (119,167):

1. Definición de objetivos de aprendizaje. Se deben establecer objetivos claros y precisos. Para ello hay que exponer y escuchar las opiniones y las sugerencias de todos los docentes con el fin de construir un programa educativo estructurado. Todo el enfoque de enseñanza debe centrarse en el alumnado teniendo en cuenta los resultados esperados, su conocimiento previo y su nivel de experiencia con la simulación.
2. Diseño de las experiencias en simulación en base a los objetivos que se desean conseguir. Es importante además diseñar los escenarios, casos o actividades con el fin de proporcionar un contexto a la simulación.
3. Diseños realizados por expertos o al menos se les debe consultar para hacer el contenido, ya que éstos son los que conocen las mejores prácticas sobre educación, pedagogía y simulación.

4. Selección del simulador. Determinar qué tipo de simulador (baja, media o alta fidelidad) serán necesarios para conseguir los resultados de aprendizaje planteado y para crear la percepción de realidad que se requiera para el estudiantado.
5. Preparación de los simuladores y la infraestructura. Es importante asegurar la disponibilidad y mantenimiento de los simuladores. Además, es importante contar con la infraestructura adecuada para el caso que se quiere diseñar, así como contar con financiamiento y personal necesario.
6. Formación de los instructores. Tras conocer el personal con el que se debe y puede contar, así como sus horas de trabajo, éstos deben recibir un entrenamiento sobre el uso y la metodología de enseñanza basada en simulación.
7. Planificación detallada del programa. Debe quedar reflejado el número de sesiones necesarias de formación para adquirir y/o dominar cada habilidad, basándose en la evidencia disponible y en los estándares de desempeño estudiantil. En el ámbito de la simulación en el entorno universitario todas las habilidades que se deseen enseñar deben integrarse con los objetivos del plan de estudio en su totalidad y con cada módulo educativo específico. Y además, deben complementarse y tener una relación con el campo clínico, donde en la práctica real sea difícil llevarlas a cabo.
8. Prueba piloto y evaluación. Con el fin de garantizar la calidad de la formación es necesario realizar un ensayo piloto para obtener el feedback de los estudiantes antes y después de la implementación prueba del curso. Además, es importante establecer métodos de evaluación del rendimiento estudiantil y del dominio de las habilidades propuestas mediante métodos fiables y válidos. La obtención de una evaluación al final del programa de formación basado en simulación es importante para conocer los puntos fuertes y débiles y así poder realizar mejoras en el futuro.

Además de lo citado anteriormente, para el diseño de las sesiones algunos autores como Flores-Fiallos (168) aconsejan seguir la Pirámide de Competencia de Miller(169) (Ver figura 3). Esta ayuda a determinar el papel que tendrá tanto el y la alumna como el y la instructora. Según Miller el estudiantado debe pasar por las siguientes cuatro etapas para conseguir dominar una habilidad:

1. Conoce lo que tiene que aprender
2. Sabe cómo utilizar el conocimiento aprendido
3. Muestra cómo utilizar el conocimiento

4. Realiza y pone en práctica el conocimiento

Además, la teoría de Miller también se puede extrapolar a las fases que debe seguir el instructor para ayudar al alumnado a conseguirlo (119):

- Conoce el contenido a enseñar
- Sabe “como enseñarlo”
- Demuestra que “la enseñanza se entrega” para que aprendan a utilizar el conocimiento impartido
- Enseña de manera efectiva

Figura 3. Pirámide de Miller.



Fuente: Elaboración propia.

Fases de la simulación:

El diseño de las simulaciones presenta una estructura general similar en la mayoría de los estudios publicados. Todos ellos constan de una sesión informativa "pre- briefing", el escenario "briefing" y una sesión en la que los y las alumnas reciben retroalimentación de lo realizado "debriefing" (154,170).

A. Fase de preparación previa o “prebriefing”

Durante la fase de “prebriefing” se proporcionan indicaciones a los participantes sobre el objetivo de la simulación, el uso del maniquí y se resaltan conceptos importantes como la colaboración entre compañeros, la importancia del trabajo en equipo y la correcta comunicación

(154,171). Es recomendable que los estudiantes se agrupen en grupos reducidos de un máximo de diez alumnos y alumnas, como número óptimo siempre que sea posible, para que sea una sesión adecuada y efectiva (119).

En ocasiones esta fase es utilizada para impartir contenidos teóricos prioritarios en la educación clínica (154). Para ello se utilizan diferentes métodos como la mini-lectura para explicar el trasfondo de la habilidad, ver un video que muestra cómo se realiza la técnica específica, revisar material teórico o un seminario relacionado con la habilidad que se va a impartir (171). Por ejemplo, en la simulación de reanimaciones cardiopulmonares (RCP) se trabaja de manera teórica sobre las diferencias teóricas entre la RCP en adultos y niños, o en estudios con residentes de cirugía en el que se recoge que las sesiones de briefing son utilizadas para capacitar al estudiantado a realizar una técnica quirúrgica específica, como puede ser la cricotiroidotomía antes de realizar la sesión de simulación(119,154). Es habitualmente en esta fase de la simulación donde se suele pasar un cuestionario a los participantes para evaluar su conocimiento previo(154,171).

B. Desarrollo del caso o briefing

Los escenarios de simulación pueden incluir maniqués de diferente fidelidad. Esto depende principalmente de las fuentes de recursos y financiación de los hospitales o centros educativos donde se imparte la formación. Además, el equipamiento puede variar en función de las sesiones que hayan sido diseñadas. Hay sesiones de simulación diseñadas tanto con actores como con maniqués en el que por ejemplo el maniquí simula el paciente con la patología y el actor al familiar que le acompaña (154).

En los casos en los que se pretende enseñar habilidades técnicas, en primer lugar, el instructor comienza a demostrar los pasos prácticos de la habilidad en el simulador (maniquí o paciente simulado) mientras explica el procedimiento al mismo tiempo de forma que sea una sesión dinámica. Inmediatamente después, los estudiantes suelen realizar el procedimiento bajo la observación del docente y de sus compañeros. Para que esta fase sea eficaz es importante dar el tiempo suficiente a cada alumno y alumna para que lo realice (119).

Hay sesiones diseñadas para que todos los estudiantes realicen las mismas actividades de entrenamiento al mismo tiempo si hay disponibilidad suficiente de simuladores y herramientas necesarias. Sin embargo, no suele fomentarse este tipo de entrenamientos porque no brinda la

oportunidad por un lado de aprender de sus compañeros y de obtener feedback del instructor. Si los estudiantes trabajan un caso utilizando simulador avanzado, sí que pueden discutir y compartir el conocimiento y luego analizar las actividades de aprendizaje al finalizar la sesión (119).

La duración media de los programas de simulación varía en un rango entre unos días y semanas, siendo muy heterogénea la duración de las sesiones. Hay centros que deciden hacer una o dos simulaciones semanalmente, sin embargo, otros lo aplican mensual o trimestralmente (154).

En la revisión de Martin et al. (2020) se destaca que casi todos los casos están diseñados para avanzar de manera progresiva en dificultad. Es decir, en la primera sesión se suele abarcar un caso sencillo, y conforme se avanza, los casos aumentan de complejidad (154). Cabe destacar un aspecto importante a la hora de realizar diseños de casos es que los escenarios muy complejos producen ansiedad y estrés a los participantes lo que puede disminuir su rendimiento(172,173).

Además, otro aspecto relevante para aumentar su eficacia es que los escenarios se repitan con los y las mismas alumnas para que puedan aplicar y consolidar las mejoras aprendidas (119,174).

Al diseñar un caso, es fundamental tener en cuenta los siguientes elementos (167,174):

1. Situación o historia inicial real

Comenzar la actividad con una situación o historia creíble. Esto puede ser presentado verbalmente por el profesorado, leído por el propio estudiantado en la historia clínica del paciente simulado, o solicitado a través de una entrevista o investigación guiada.

2. Guion estructurado para el escenario:

Es importante redactar un guion detallado para garantizar la consistencia y estandarización del escenario, lo que ayudará a aumentar su fiabilidad y repetibilidad. Variaciones en el diálogo pueden interferir con los objetivos y afectar a la validez del escenario, especialmente si es realizado con grupos consecutivos.

3. Avance del caso en respuesta a las interacciones del alumnado

Crear e incluir señales estandarizadas que guíen a los estudiantes y permitan ir avanzando con el caso según las acciones que realicen. Estas señales deben diseñarse alineadas con las medidas de evaluación y pueden ser proporcionadas verbalmente (por ejemplo, por el paciente o un participante que simula al familiar), visualmente (cambios en el monitor que registra las constantes vitales) o mediante datos adicionales (nuevos valores en la analítica sanguínea).

4. Limitación de tiempos

Resulta imprescindible establecer límites de tiempo para asegurar que el escenario progrese adecuadamente, permitiendo un tiempo razonable para conseguir desarrollar las competencias planteadas y que a su vez el máximo número de alumnos y alumnas puedan participar en cada sesión.

C. Debriefing

El debriefing es la piedra angular para conseguir una experiencia de aprendizaje exitosa. Constituye la última fase del aprendizaje basado en simulación (175). Organizaciones internacionales importantes, tales como la "World Health Organization" (OMS)(176) señala que esta fase de la simulación es una parte fundamental para un continuo aprendizaje y mejora. Es definido como la conversación guiada por el instructor con el objetivo de explorar la relación entre el evento entrenado, las acciones, los pensamientos, los sentimientos durante el proceso y la práctica de la simulación de los y las alumnas (177).

Constituye una oportunidad única para reforzar el aprendizaje y rendimiento del alumnado porque permite corregir errores, analizar sus emociones y potenciar su razonamiento y juicio clínico (124,153). En esta fase también se potencia el conocimiento, se discuten mejoras, se identifican áreas de déficit de conocimiento, se reflexiona sobre habilidades técnicas y no técnicas como la comunicación y el trabajo en equipo. En esta retroalimentación en muchas ocasiones también se tratan propuestas de cambio para el futuro (154). Esta fase permite mejorar la autoconciencia, la toma de decisión y desarrollar las habilidades de razonamiento. Es por ello por lo que el debriefing como parte de un proceso de reflexión ayuda al alumnado a conectar las experiencias actuales con el aprendizaje adquirido previamente. De este modo se aprende a anticiparse a cómo podría aplicarse las experiencias vividas a situaciones futuras de

la práctica clínica(175). Además, este tipo de aprendizaje pone un énfasis especial en la participación de los estudiantes en su propio proceso de aprendizaje (153).

Con el fin de proporcionar la mejor SBE, la asociación INACSL se ha encargado de desarrollar diferentes ítems sobre estándares de mejor práctica en Simulación. La primera vez que fueron publicados fue en el año 2013. Esta asociación se encarga de ir actualizándolos eventualmente para mejorar el desarrollo y la implementación de este tipo de metodología de enseñanza. Las últimas, y citadas a continuación, fueron publicadas en el 2021 (178):

- Criterio 1: el debriefing debe estar adecuadamente planificado para poder guiar a los y las alumnas a conseguir los resultados de aprendizaje planteados.
- Criterio 2: la sesión debe estar construida, diseñada y realizada por una persona y/o tecnología capaz y competente de proporcionar una retroalimentación, feedback o reflexión guiada adecuada.
- Criterio 3: el debriefing debe promover el análisis intrapersonal y del grupo de alumnos y alumnas. Debe ayudar a fomentar la reflexión, explorar el conocimiento y resolver la brecha de desempeño/conocimiento salvaguardando en todo momento la seguridad psicológica del alumnado y su confidencialidad.
- Criterio 4: identificar el mejor modelo de debriefing, según la evidencia, para un objetivo bien definido.

La estructura a seguir en el debriefing es fundamental para cerciorar su calidad, aunque existe gran heterogeneidad entre los modelos, así como en el tiempo necesario, el facilitador, el lugar en el que se realice y la duración optima de la sesión (153,175). Lo que sí coinciden todos ellos es que tiene 3 fases clave: 1) obtener la reacción del estudiantado;2) analizar el escenario sin enfatizar exclusivamente en lo que hicieron o no, sino en sus procesos de aprendizaje y emociones; 3) discutir los puntos clave del aprendizaje (175).

Entre los diferentes métodos de debriefing se encuentran los mencionados a continuación: videos, guiones, hojas de trabajo, medios como chat en internet, foros de discusión, blogs, conferencias, juegos, narración de historias, retroalimentación solo entre compañeros, retroalimentación de los y las docentes, retroalimentación multidisciplinaria, retroalimentación con video de la simulación, autoevaluación y debriefing verbal u escrito (153).

En el campo de la enfermería el método más utilizado es la discusión verbal liderada por el o la instructora del entrenamiento sin guiones estructurados ni utilización de otros medios (153). Sin embargo, la bibliografía muestra que los debriefing estructurados y sistemáticos pueden mejorar los resultados de aprendizaje frente al debriefing habitual ya que permite a los y las alumnas adquirir habilidades como la resolución de problemas y los capacita para tomar decisiones clínicas más adecuadas(153).

Además de la problemática de la falta de evidencia cabe destacar, como señala en su artículo Duff et al.(177) que muchos instructores(179–181) afirman tener problemas para guiar adecuadamente los debriefings. Es importante recalcar que como hay muchas variables que interactúan durante un debriefing se puede convertir en un evento complejo y difícil de practicar en muchas ocasiones. Hay varios modelos de debriefing diseñados con el propósito de crear y mantener condiciones ideales de aprendizaje, abordar los distintos niveles de complejidad que pudiesen surgir y facilitar una interacción dinámica y efectiva entre los participantes. Algunos de estos ejemplos de modelos son los desarrollados por Steinwachs (182) que identificó 3 fases: descripción, análisis y aplicación. Sin embargo, los académicos en los últimos años han desarrollado diversos modelos con diferentes enfoques y herramientas como los citados a continuación “Debriefing with Good Judgment”, “PEARLS,” “The Debriefing Diamond,” Gather-Analyze- Summarize,” Rapid Cycle Deliberate Practice (RCDP), y “TeamGAINS.”(177)

Es tan importante que el debriefing sea eficaz que en caso de no serlo puede tener un impacto negativo en el aprendizaje de los y las alumnas haciendo que carezcan de habilidades adecuadas para el razonamiento clínico, no consigan o desarrollen un pobre juicio clínico e incluso que puedan cometer errores en su futura práctica clínica (153,177).

Para concluir cabe destacar que el debriefing se relaciona con un efecto positivo en el rendimiento clínico, no solo en las sesiones de simulación sino también en la práctica profesional, y en la mejora de los cuidados de los pacientes (177).

Tabla 4. Resumen de recomendaciones para planificar una sesión de simulación.

ETAPA	ASPECTO CLAVE
Planificación	Evaluación necesidades del personal
	Necesidades locales
	Guías de desarrollo profesional y habilidades
	Planificación multisitio
	Instalaciones locales
	¿Obligatorio?
	¿Anunciado o no anunciado?
Briefing	Aprobación líderes seniors
	Orientación sobre el maniquí
	Orientación del escenario
	Enseñanza didáctica
	Autoevaluación preentrenamiento
	Seguridad psicológica
	Seguridad del paciente
Escenario	Objetivos de la formación y entrenamiento
	Tipo de fidelidad
	10-20 minutos: más flexible y accesible
	Realista
	Individual, interprofesional, interdisciplinario
	¿Contacto simultaneo con el paciente y/o acompañante?
Debriefing	Evaluación: observación estructurada
	Habilidades y capacidades del instructor
	Modelo acordado, marco o herramientas
	Enseñanza didáctica
	Material (ej. Folletos)
	Rol de "experto" o líderes de equipo
	Vinculación a los objetivos
Repetición	Evaluación: post-entrenamiento
	Simulación repetida para mejorar habilidades
	Mismo vs. Aumento de dificultad
	Mismo vs. Nuevos escenarios
	Mejoras en los escenarios o debriefing
Evaluación	Oportunidad para la evaluación
	Resultados del paciente
	Datos clínicos rutinarios
	Cambios en la práctica clínica
	Encuesta de evaluación post 4,6 o 12 meses después
Análisis de video, evaluadores múltiples/cegados, listas de verificación	

Elaboración propia adaptado de Martin et al. (2020) (154).

2.5. Ventajas y limitaciones del aprendizaje mediante simulación

En este apartado se va a hacer una breve descripción sobre las principales ventajas y limitaciones de la simulación en esferas tan importantes como el propio aprendizaje, el diseño de las formaciones, el impacto en el alumnado y los recursos humanos y económicos (152). Es importante destacar que una de las principales ventajas es que a través de esta herramienta se puede entrenar las competencias socioemocionales, sin embargo, este tema se va a tratar en profundidad en el siguiente capítulo.

Ventajas y limitaciones de la simulación como recurso pedagógico:

Como se ha descrito ya en anteriores apartados la simulación es una herramienta ideal para cerrar la brecha existente entre la teoría y la práctica. Esto se debe a que gracias a la simulación el estudiantado recibe primero la teoría relacionada con las habilidades que van a practicar y posteriormente la aplica en la sesión de simulación. Esto ayuda por una parte a mejorar la comprensión de la habilidad y por otro lado a mejorar la transferencia del conocimiento a las situaciones reales (111,183).

Además, este aprendizaje experiencial es muy significativo porque ayuda al estudiantado a aprender mediante prueba y error, lo que permite enfrentarse a desafíos y resolver problemas sin causar ningún daño ni asumir ningún riesgo (111,124). Por esto es una herramienta muy valorada, permite aprender un ambiente seguro tanto para el alumnado como para los pacientes (184). En relación con esto, al tratarse de un entorno pedagógico “protegido” ayuda a reducir la ansiedad y el miedo de los estudiantes en sus primeros pasos de aprender una habilidad (183). Aunque la bibliografía destaca que el miedo a situaciones nuevas puede influir en el aprendizaje(172), bien es cierto que diseñar casos con escenarios raros o menos frecuentes ayuda a que los y las alumnas se familiaricen con muchas situaciones diferentes y les permite aprender más variedad de habilidades reforzando así su autoconfianza y autoeficacia (111,124).

Por otra parte, la principal ventaja de usar pacientes simulados, virtuales o estandarizados es su gran adaptabilidad al permitir modificar la personalidad, historia y condición física del paciente según el escenario, mejorando el realismo y así la preparación de los estudiantes (119). Además, el paciente estandarizado constituye un tipo de simulación muy útil debido a la gran profundidad emocional que se puede conseguir con el escenario diseñado, así como por la comunicación que se puede establecer con el actor(66). Además, gracias a estas herramientas el alumnado tiene oportunidad de tener una primera experiencia con pacientes críticos, severos o con condiciones

más infrecuentes. Además, estos programas también les permiten aprender a cuidar a pacientes con situaciones físicas o psíquicas complejas cometiendo errores y recibiendo feedback tras su actuación. Por tanto, su principal ventaja es que la presión del tiempo para actuar ante una situación crítica simulada es eliminada para que los y las alumnas puedan concentrarse y aprender sin presión(125).

Como refleja Hosseini y Edelbring (2022), gracias al aprendizaje basado en simulación el estudiantado no solo mejora habilidades técnicas o cognitivas como la toma de decisión clínica, sino que también influye positivamente en las actitudes(125).

Por otra parte, la SBL está sustentada en muchos objetivos nobles y en el cumplimiento de reglas éticas. Con su uso se enseñan los mejores estándares para el cuidado y la seguridad de los usuarios, se fomenta la autonomía del paciente y la justicia social a través de un entrenamiento cualificado y con gestión de errores. Esto conlleva a que el estudiante se encuentre con el paciente real cuando ya cuenta una alta competencia técnica y clínica proporcionada por el entrenamiento, lo que permite prevenir o reducir al mínimo los posibles efectos perjudiciales en el paciente (111,185).

Otra de las ventajas de la simulación es que es una herramienta muy versátil porque puede ser utilizado como medio para alcanzar la consecución de una habilidad, pero también puede ser utilizada para evaluar el desempeño de los y las alumnas. Por tanto, se convierte si se desea en un método de evaluación capaz de medir el dominio psicomotor, el dominio cognitivo y la actitud (119).

Sin embargo, también hay que tener en cuenta que, aunque la simulación en el campo de la enfermería es una herramienta que intenta recrear situaciones lo más parecidas posible a la realidad, sigue siendo una representación artificial. Por lo tanto, es imposible abarcar todas las variables que se presentarían en un entorno real. Por tanto, esta metodología nunca sustituirá las prácticas reales, pues éstas son necesarias para que el alumnado aprenda a realizar cuidados holísticos, a considerar al paciente como un “ser humano biopsicosocial”(186). Por mucho que se desarrollen simuladores de última tecnología, la realidad es que siempre existirá una brecha entre la simulación y la verdadera complejidad de los sistemas humanos (111,119). Esto puede provocar que, aunque los y las alumnas estén bien entrenados, cuando se expongan en la realidad a ciertas situaciones emocionalmente demandantes puedan sentir presión o estrés y

paralizarse o cometer. Es por esto por lo que es muy importante lograr el mayor grado de realismo y utilizar simuladores de alta fidelidad para aprender con verosimilitud a las reacciones de los pacientes del futuro (111).

Ventajas y limitaciones de la simulación a nivel de recursos humanos y económicos.

Gracias a que con la simulación se puede representar gran variedad de escenarios muy parecidos al entorno real, ayuda a disminuir la carga de los tutores del prácticum en el entorno asistencial real. El uso de esta herramienta pedagógica como un peldaño previo al primer contacto con las prácticas en el entorno real permite que los y las alumnas lleguen con un mayor aprendizaje lo que ayuda a que sean más aceptados por parte de los trabajadores de los centros clínicos. Esto tiene un impacto directo en el bienestar del alumnado, ya que facilita su integración y percibe un mayor apoyo (119).

Basándose en que los sistemas de salud internacional tienen escasez de recursos, entre los que se encuentran los recursos para la educación, el role-play por ejemplo representa un enfoque sin costo, y por tanto atractivo para los diseñadores de los planes de estudio. Además, diversos estudios demuestran su beneficio en la educación al permitir a los estudiantes comprender no solo el papel del sanitario sino también el del paciente y su proceso de enfermedad (66,80). Además, como señala en su estudio Welch et al. (2021) el role-play permite a los estudiantes adquirir habilidades de comunicación terapéutica, mejorar las habilidades de pensamiento crítico, delegación de tareas y gestión del tiempo que pueden ser habilidades difíciles de enseñar en el aula (80).

Sin embargo, en el otro extremo tenemos la simulación con pacientes estandarizados y los simuladores de alta fidelidad. Estas son conocidas por ser herramientas muy costosas para la capacitación en competencias socioemocionales porque requieren desarrollar una infraestructura específica (66,187). Por ello, implementar programas de simulación en los Grados requiere de una gran inversión económica y de recursos humanos (188). Estos gastos se ven justificados si se consigue una formación eficiente y rápida de los estudiantes que se traduzca en una mejor atención sanitaria (111). Además de una buena infraestructura es necesario invertir una gran cantidad de tiempo para su eficiente diseño, ejecución y capacitación de los actores e instructores. A todo esto se suma la problemática actual de que existe una carencia de instructores adecuadamente capacitados para utilizar los simuladores; así como, técnicos que sepan manejarlos, programarlos y mantenerlos en buenas condiciones (188).

Por otra parte, como en otras circunstancias de la vida, la implementación de una nueva metodología de enseñanza puede provocar cierto rechazo por parte de los docentes. Esto puede deberse a la falta de motivación por renovarse y tener que salir de su zona de confort para aprender a utilizar herramientas más innovadoras. también puede ser que los docentes debido a su desconocimiento crean que no tiene gran utilidad e importancia en el aprendizaje de sus alumnos y alumnas (119).

Ventajas y limitaciones en el diseño de formaciones en simulación:

Con relación a su diseño, el principal desafío es la programación de las sesiones de simulación durante el curso académico y la elección del momento adecuado para llevarlas a cabo. Autores como Elshama (2020) señalan que el mejor momento de utilizarlo es antes de iniciar las prácticas en el entorno clínico real porque los prepara y ayuda a adquirir las responsabilidades necesarias que van a necesitar en el entorno hospitalario. Sin embargo, en su estudio menciona que hay autores que defienden dos corrientes diferentes. Unos señalan que la simulación es más efectiva previa a las practicas asistenciales porque los simuladores son el campo de entrenamiento y el hospital lo consideran el campo de práctica, por lo que el entrenamiento debe ser previo al campo de práctica(189). Por el contrario, existe otra corriente que sustentan que se debe realizar el entrenamiento con simulación y las practicas clínicas de manera paralela dentro del mismo modulo del plan de estudio, siendo la simulación un complemento al campo clínico(119).

Sin embargo, entre las ventajas de diseñar formaciones con simulación se encuentra que esta metodología ayuda a mejorar la relación entre el profesorado y alumnado. Esto se debe a que normalmente estas formaciones son diseñadas con grupos más pequeños que las clases teóricas. Además, el grupo reducido de alumnos y alumnas permite ofrecer una enseñanza más individualizada donde el estudiantado dispone de mayor tiempo para practicar la habilidad y resolver sus dudas (188).

Es importante destacar que no todos los objetivos de aprendizaje se pueden alcanzar con esta metodología y que un mal diseño del escenario de simulación puede impactar en un aprendizaje inadecuado (119). Por ejemplo, a menudo por falta de tiempo, la simulación deja de lado aspectos tan importantes como ciertas reacciones biofísicas específicas o protocolos de comunicación. Esto puede llevar a que el estudiantado no aprenda a evaluarlas o que no asimilen

la importancia de pedir, por ejemplo, el consentimiento informado a los pacientes antes de realizar un procedimiento (111).

Ventajas y limitaciones desde la esfera del alumnado:

La resistencia para participar en las sesiones de simulación por parte de los y las alumnas es considerada un obstáculo para su aplicación. Bien por su cultura, su personalidad o su falta de familiaridad con el aprendizaje experiencial puede generar una falta de voluntad para participar en los escenarios. Para evitar esto, es importante hacer una introducción gradual para que el estudiantado se vaya familiarizando con este formato (119). Por otra parte, además de la resistencia inicial, algunos autores como Mauriz et al. (2021) señalan que las sesiones de simulación pueden provocar estrés psicofisiológico en los y las alumnas(190). En la misma línea Chagas et al. (183) relata que los estudiantes manifiestan que las experiencias con los maniqués les resulta dificultosa generando emociones como nerviosismo. Mitigar este efecto negativo implica proporcionar orientación previa, cultivar un ambiente de apoyo y promover la retroalimentación constructiva (191,192). Además, comenzar con escenarios menos estresantes, aumentando la complejidad gradualmente, resulta vital para que los y las alumnas ganen confianza (193).

En relación con la actitud de los estudiantes hacia la simulación es importante destacar que como refiere Elshama S. (2020) a diferencia de lo que ocurre en las prácticas clínicas reales, los alumnos y alumnas en los talleres de simulación pueden comportarse de diferentes formas. Algunos presentan comportamientos hipervigilantes como en la vida real; sin embargo, otros se muestran más descuidados ya que no ven peligro en sus acciones al no haber una vida humana real (119).

Por último, aunque las tecnologías han ayudado mucho en el desarrollo de la simulación virtual, este modelo también presenta alguna desventaja para el estudiantado. Por ejemplo, puede exponer a los y las alumnas a estar mucho tiempo delante de una pantalla y a que se muevan poco. Además, estar con el ordenador puede generar pérdidas de concentración y requiere que el alumnado tenga autonomía y sea disciplinado para cumplir con las horas de estudio. Asimismo, los simuladores de interfaz dificultan en gran medida la interacción con los compañeros y los instructores(126).

Aunque la simulación presente limitaciones, es importante hacer un análisis más en profundidad y no quedarse solo en lo superficial. Esta metodología tiene gran impacto en la mejora del aprendizaje del estudiantado y a nivel social. Ayuda no solo a hacer un aprendizaje más realista, dinámico y satisfactorio, sino que ayuda a reducir errores de la práctica clínica futura, aumentando su autoconfianza y autoeficacia.

En conclusión, en la educación en salud no existe un método perfecto e ideal. Cada enfoque y modelo de enseñanza tiene sus particularidades, con sus respectivos pros y contras. No existe un modelo único que sea el mejor para trabajar todas las situaciones; más bien, se requiere analizar las competencias que se desean trabajar para elegir el modelo que mejor se ajuste para alcanzarlas(121).

2.6. La simulación clínica en la formación de competencias socioemocionales

Como se ha reflejado a lo largo de todo el marco teórico que se ha realizado, ya no basta con formar a sanitarios competentes y hábiles en procedimientos técnicos específicos. Lo que la sociedad demanda ahora son sanitarios con competencias socioemocionales que sean capaces de desenvolverse personal y profesionalmente en entornos cada vez más estresantes y exigentes. Como consecuencia de todo esto los docentes y los responsables de la educación superior se han visto obligados a tener que investigar para cambiar la forma de enseñar que tenían hasta la fecha (194,195).

Debido a la naturaleza de las competencias socioemocionales, son varios los autores los que han intentado averiguar en los últimos años cual es el mejor método para aprenderlas y por ende enseñarlas. La mayoría de ellos han concluido que las metodologías activas que favorecen el pensamiento crítico y reflexivo, las que son capaces de unificar la teoría y la práctica (81,196) y que se basan en los principios pedagógicos de la Educación Emocional y la ética son las más adecuadas para que los y las alumnas alcancen el aprendizaje socioemocional (50,197–199).

En el campo de la Enfermería la simulación es el método de enseñanza que más se ha utilizado para favorecer el aprendizaje activo (200,201) porque permite aprender, practicar y adquirir experiencia sin poner en riesgo a los pacientes(202). Como ya se ha explicado en capítulos anteriores el desarrollo de la simulación para la adquisición de competencias socioemocionales

vino impulsado por su estudio en áreas como la aviación, la industria nuclear o petroquímica. Donde se demostró que muchos errores y accidentes eran causados por “factores humanos” y por falta de habilidades no técnicas. Desde entonces diversos estudios han evidenciado que este fenómeno también se replicaba en la atención sanitaria, lo que ha ido respaldando a lo largo de estos últimos años la importancia de formar en competencias socioemocionales tanto a los estudiantes como en la formación postgrado (118).

Una vez evidenciada la importancia de formar en competencias socioemocionales en los futuros sanitarios por su relación directa con mejores resultados en salud, menor tiempo de ingreso, mejoras en la recuperación, disminución de errores y por la mejor preparación para actuar en situaciones de alto estrés e impacto emocional resultaba importante conocer qué herramienta educativa es eficaz para que los alumnos adquirieran estas destrezas (203).

La simulación de alta fidelidad, según varios estudios, ha resultado ser una herramienta muy eficaz y prometedora para la formación en competencias blandas. Los resultados de los estudios han mostrado que su utilización permite al estudiantado adquirir habilidades de comunicación interpersonal, empatía y de trabajo en equipo, incluido en situaciones de alto estrés emocional. Además, también se ha relacionado con mejoras en competencias como el liderazgo, el pensamiento crítico, la autoeficacia y la autoconfianza (73,135,155). Además, los debriefings que siguen a la simulación también tienen una influencia positiva en la adquisición de estas competencias al fomentar la reflexión y poder así aprender las respuestas emocionales y sociales más adecuadas (135).

Si bien es verdad la simulación de alta fidelidad no ha sido la única utilizada en la formación de competencias socioemocionales. Diversos estudios también han recogido beneficios de la utilización de los juegos de rol para desarrollar habilidades efectivas de comunicación, empatía y toma de decisión (204). Además, gracias a la representación también los y las alumnas pueden aprender a lidiar con conflictos, donde aprenden a liderar y desarrollar habilidades tan importantes como la escucha activa (137,138).

Por último, hay autores como Shorey et al. (2020) y Foronda et al. (2020) que indican que la simulación virtual también puede ser utilizada para el entrenamiento de la gestión emocional y la resolución de conflictos (205,206).

Sin embargo, a pesar de que estos resultados pueden parecer alentadores, la realidad es que hay multitud de publicaciones con resultados muy heterogéneos. Mientras unos indican que por ejemplo la simulación de alta fidelidad es muy eficaz, otros muestran resultados menos consistentes. Además, a esto se suma que cada programa de entrenamiento ha sido evaluado con herramientas diferentes. Esto provoca que sea difícil establecer conclusiones definitivas sobre la efectividad de los programas de entrenamiento y sobre cuál es la mejor metodología para realizarlos.

Estos resultados lo único que evidencian son la necesidad de seguir investigando sobre programas de capacitación en competencias socioemocionales, en criterios de evaluación comunes para comparar datos. Con estos datos sería interesante en un futuro, se espera que no muy lejano, se puedan estandarizar protocolos de formación en competencias blandas.

En resumen, la simulación parece ser una herramienta útil para preparar a los estudiantes para enfrentar los desafíos de su práctica clínica real, sin embargo, hay que seguir investigando sobre con qué metodologías se consigue un aprendizaje socioemocional más efectivo.

2.7. Los instrumentos de evaluación en simulación

A medida que se ha hecho cada vez más relevante la SBL resulta importante el desarrollo de métodos sólidos de evaluación que midan su efectividad. La evaluación efectiva de un programa de entrenamiento ayuda a garantizar la calidad de estos programas a la vez que ofrece información sobre áreas de mejora y desarrollo en el futuro(207).

Las herramientas para evaluar las sesiones de simulación son muy heterogéneas. En la literatura se puede encontrar desde cuestionarios previos y posteriores a la intervención, evaluaciones a través del profesorado que imparte la sesión, grabaciones de video para hacer posteriormente un debriefing, entrevistas hasta grupos focales(154).

Actualmente, el estudio de Higham H. (2021) recoge que existen más de 76 herramientas desarrolladas para múltiples contextos clínicos, desde aplicables en áreas quirúrgicas hasta cuidados paliativos. Su gran variedad y desconcierto las hace poco útiles y genera desmotivación para ponerlas en práctica por los y las profesoras, lo que no ayuda a que los educadores se centren en mejorar el desempeño de los futuros profesionales(208).

El método más común de evaluación de los participantes es a través de escalas de autoevaluación pre y post. La mayoría de estas escalas están diseñadas con una escala de tipo Likert de 5 puntos y tienen como objetivo conocer el nivel de confianza del alumnado o la adquisición de conocimientos, habilidades y/o competencias tras finalizar la intervención. Otros estudios utilizan modelos de evaluación longitudinal en la que hay una encuesta inicial, una posterior y otra de "retención de contenidos" que la pasan a los 4,6, o 12 meses de haber finalizado la actividad para conocer los efectos a largo plazo de la intervención(154).

La evaluación de la simulación clínica puede incluir tanto habilidades técnicas como no técnicas. Si es cierto que el enfoque multidimensional de la evaluación es imprescindible para captar la complejidad y la amplitud de todas las competencias que pueden desarrollarse gracias a esta metodología.

A continuación, se van a explicar algunos instrumentos estandarizados de evaluación utilizados para medir formaciones basados en simulaciones para la adquisición de competencias técnicas, blandas o ambas.

Una de las herramientas más conocidas para medir la capacitación de habilidades técnicas en estudiantes de ciencias de la salud es el Examen Clínico Objetivo Estructurado (OSCE)(209). Este examen, que se suele realizar principalmente al finalizar toda la formación académica, está compuesto por varias estaciones donde el alumnado tiene que realizar una tarea o resolver un caso. Mientras que el o la estudiante se desenvuelve en el escenario es observado por un evaluador (147). Todas las tareas y escenarios de simulación están estandarizados y se califican a través de un checklist. Este método estandarizado permite realizar una medición objetiva del desempeño del alumnado, sin dar cabida a percepciones subjetivas del evaluador.

Otro método de evaluación muy utilizado en la simulación es la observación directa con posterior retroalimentación. En este caso el instructor de la simulación observa al o la alumna durante el desarrollo del caso de la simulación y cuando lo termina le ofrece un feedback constructivo de manera inmediata. Gracias a esta retroalimentación los y las alumnas obtienen una serie de fortalezas y debilidades que ayudan a guiar su aprendizaje. Cuando la retroalimentación va acompañada de video resulta todavía más enriquecedor para el estudiante. Pues verse ayuda a reflexionar y autoevaluarse. Este método, además de configurar un método de evaluación ha resultado impactar de manera positiva en el aprendizaje, ya que

ayuda a reforzar la confianza del estudiantado y a adquirir competencias al promover la reflexión y pensamiento crítico(152).

Por otra parte, la creciente necesidad de evaluar competencias no técnicas ha hecho que poco a poco se vayan desarrollando evaluaciones estandarizadas para ello. Un ejemplo de entrenamiento y evaluación del trabajo en equipo en entorno de atención sanitaria es el programa TeamSTEPPS (estrategia y herramientas de equipo para mejorar el desempeño y la seguridad del paciente) (79). Este programa utiliza escenarios de simulación clínica para entrenar a los equipos multidisciplinares en habilidades como la comunicación efectiva, el liderazgo, la conciencia situacional y el apoyo mutuo. Además de los escenarios estandarizados este programa cuenta una Herramienta de Observación del Desempeño del Equipo que permite realizar una evaluación objetiva de la dinámica y el rendimiento de los equipos de trabajo durante los casos simulados a través de un checklist (210).

También, en ocasiones, los docentes utilizan el modelo de evaluación de capacitación en cuatro niveles de Kirkpatrick (211) para realizar una valoración general de los programas de entrenamiento basados en simulación. Las cuatro fases son la reacción, el aprendizaje, el comportamiento y los resultados (ilustración 10). En la base se sitúa la reacción, aquí lo que se evalúa es la satisfacción y el compromiso del estudiante con el entrenamiento a través de encuestas y cuestionarios de retroalimentación. El siguiente nivel corresponde al aprendizaje. En esta fase lo que se pretende medir es la adquisición de los conocimientos y/o habilidades propuestas a través de pruebas pre-post a la intervención. El tercer escalón hace referencia al comportamiento. En esta etapa lo que se evalúa es si el alumnado es capaz de aplicar las nuevas habilidades al entorno clínico real, a través del seguimiento, acompañamiento y la observación. En la cúspide de la pirámide se encuentra el nivel de resultados. Aquí lo que se evalúa es como el entrenamiento en una habilidad o competencia afecta en los resultados de los pacientes y/o desempeño dentro de la organización (212).

Tras el entrenamiento con simulación, los estudios que han aplicado el modelo de Kirkpatrick como el de Elendu et al. (2024) han demostrado una mejora significativa en las habilidades de los estudiantes y en la calidad de la atención a los pacientes(152).

Ilustración 10. Modelo Kirkpatrick



Además de todo esto, resulta imprescindible evaluar el impacto de las formaciones basadas en simulación en la práctica clínica y en los resultados en los pacientes a más largo plazo. Por ejemplo, un estudio de McGaghie et al. (2011) hizo un seguimiento a médicos residentes que recibieron una formación en RCP utilizando simulación de alta fidelidad. Los resultados de este estudio demostraron que hasta un año después los residentes mantuvieron sus habilidades y obtuvieron mejor desempeño en situaciones de reanimación cardiopulmonar en el entorno clínico real. Estos resultados demuestran el impacto a lo largo del tiempo que tiene el entrenamiento en simulación. Sin embargo, como recoge la revisión realizada por Hussein & Cuncannon (2021) casi todos los estudios que han tratado de realizar un estudio del impacto a largo plazo de la adquisición de habilidades adquiridas a través de la SBL lo han hecho únicamente en semanas o pocos meses después de la intervención. Además, este mismo autor refleja que hay muy pocos estudios que recojan una evaluación a mayor plazo debido a la dificultad para ser medido, la falta de herramientas, la subjetividad de las respuestas y heterogeneidad de los métodos de evaluación(213).

A pesar de todos los beneficios de realizar una evaluación de la simulación hay que destacar que también presenta varios desafíos. Uno de los principales desafíos es conseguir que las herramientas sean validas y fiables (213,214). Los instrumentos de evaluación estandarizados, así como las listas de verificación y escalas de valoración deben estar validadas adecuadamente para garantizar que miden las competencias que se desean medir(188). Además, es importante garantizar la fiabilidad para asegurar la consistencia de las puntuaciones obtenidas(215).

Otro desafío que existe es el potencial sesgo de evaluación. Los resultados se pueden ver afectados según la relación que tenga el o la profesora o evaluador o evaluadora con los y las alumnas o por la percepción que tengan sobre sus propias habilidades. Todo esto influye en la objetividad de la evaluación (216). Para minimizar estos sesgos se podrían realizar evaluaciones a ciegas, en las que el evaluador no conozca la identidad del alumnado (152). Otra opción para mitigarlos podría ser utilizar múltiples evaluadores para realizar posteriormente una triangulación de datos procedente de varias fuentes y herramientas. Todas estas medidas persiguen el mismo fin, mejorar la objetividad y fiabilidad de las evaluaciones (217).

Por último, otro desafío importante es la limitación de recursos. Tanto la simulación de alta fidelidad, como se ha mencionado anteriormente, como las evaluaciones clínicas objetivas estructuradas requieren de una gran inversión de tiempo, equipo y personal. Desarrollar y mantener las aulas o centros de simulación, capacitar a pacientes estandarizados y tener instructores calificados capaces de realizar estas evaluaciones puede resultar altamente costoso(152).

Resumiendo, el mayor desafío al que se enfrenta actualmente los investigadores es a la falta de herramientas de evaluación, por una parte, porque las que hay no son sencillas de usar y por otra parte porque las que existen no tienen un formato estandarizado (208).

2.8. El papel de la simulación y otras metodologías activas en la Educación en el Final de la vida

En España desde los años noventa se ha intentado realizar estudios para dar respuesta a por qué los profesionales presentan grandes dificultades para manejar los cuidados del final de la vida y la muerte. Los cuidados al final de la vida abarcan la atención física, psicosocial y espiritual destino a mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades potencialmente irreversibles, así como la de sus familiares (218).

Diversos estudios realizados en los últimos años con enfermeras españolas han evidenciado que muchas sienten que esta etapa final de la vida supone una fuerte carga emocional(219,220). Estas profesionales expresan que las situaciones de agonía provocan tensión a la hora de relacionarse con el propio paciente y su familia, lo que las angustia a nivel personal y las genera impotencia profesional.

A los sentimientos que experimentan los propios profesionales se suma que estos pacientes en su etapa final demandan gran atención desde el punto de vista emocional. En esta fase necesitan poder compartir y expresar todos sus sentimientos de miedo, ansiedad, desesperación o soledad. (221). Las enfermeras, debido a las características de su profesión, son en la mayoría de las ocasiones los profesionales con quienes mantienen contacto a diario en el hospital y se les “exige” que brinden cuidados de calidad, acompañamiento y apoyo ante esas emociones tan complicadas(222). Por lo que todo esto hace aumentar la carga emocional que ya supone la muerte en sí para las enfermeras y más si no cuentan con la formación adecuada para afrontarlo (223). Por otra parte, aunque los profesionales de la salud si reconocen la importancia y los beneficios que puede tener que el paciente esté informado sobre su situación paliativa y que pueda hablar de ello para aceptar su muerte, creen no estar bien preparadas para iniciar ese tipo de diálogos ni comunicarse con ellos(220,224)

Otros estudios muestran que las enfermeras no solo necesitan recibir educación en el final de la vida, sino que creen que sería muy beneficioso compartir sus experiencias con otros profesionales creando espacios para debatir sus percepciones personales y profesionales (225).

La muerte es un tema de interés y en los últimos años se ha investigado mucho sobre ella a pesar de la gran cantidad de actitudes y emociones que genera. Las principales actitudes hacia la muerte que se han encontrado en las enfermeras incluyen sentimientos como la soledad, el miedo, el dolor, el abandono, el aislamiento, la finalidad de la muerte, las creencias de una vida posterior, entre muchas otras(226).

También en relación con este tema se ha indagado sobre como experimentan estas situaciones los estudiantes de enfermería en España, ya que estos son el reflejo de lo que se puede esperar en el futuro. Indagar en sus percepciones es importante para mejorar la capacidad de afrontamiento de la próxima generación de sanitarios (227). Mucho de los estudiantes tienen dudas de cómo actuar ante estas situaciones, tanto con el propio paciente como la gestión del duelo con la familia (228).

El hecho de describir el final de la vida como una de las situaciones más estresantes para los profesionales de la salud, supone una preocupación por los efectos que esto puede provocar en ellos. Sin embargo, conocer esta realidad permite desarrollar factores protectores, adaptar las condiciones o realizar acciones encaminadas a mejorar el manejo de este proceso asistencial (229).

Por todo lo anteriormente expuesto se puede afirmar que el cuidado de estos pacientes representa una experiencia emocional muy intensa en la que como refieren los estudios previos aún hay una insuficiente formación universitaria en España (230).

A pesar de la poca evidencia, lo que sí se sabe es que la formación en competencias socioemocionales en el final de la vida es especialmente compleja y exige utilizar un tipo de metodología particular, puesto que no es una formación exclusivamente conceptual. Los sanitarios deben adquirir habilidades que den respuesta a todas las necesidades emocionales

anteriormente citadas y a las conductas buscando siempre el bienestar de los pacientes, las familias e incluso del propio sanitario (231). Para conseguir este tipo de competencias se propone abandonar las clases magistrales y realizar enfoques educativos basados en el estudiante porque demandan, y permiten, su implicación en el proceso de aprendizaje (231).

Estudios previos demuestran que las metodologías activas son efectivas para la adquisición de competencias socioemocionales en la educación en el final de la vida, en concreto el aula invertida, los grupos de discusión y la educación basada en simulación(94,135,221,232–235). Esto se debe a que estas metodologías permiten a los y las alumnas aprender a nivel cognitivo, afectivo y psicomotor (231,236). A pesar de que todos estos estudios sitúan a estas metodologías activas como eficaces para su entrenamiento y mejora, la realidad es que en estos momentos no se dedica el tiempo suficiente para ello en los planes de estudio (233).

La necesidad de realizar programas de entrenamiento para mejorar estas habilidades va de la mano con la necesidad de contar con herramientas que puedan evaluarlas. Estas experiencias de formación se han evaluado de dos formas diferentes. Una ha sido midiendo su eficacia sobre los resultados académicos; por ejemplo, viendo si había un incremento en los conocimientos y/o en las competencias entrenadas (237,238). Pero también se han valorado a través de las opiniones y las percepciones del alumnado que ha sido entrenados específicamente en este tipo de competencias (231,235,239,240). En general, la metasíntesis cualitativa realizada por Ruiz-Pellón et al. (2020) refleja que los estudiantes experimentaron sentimientos y emociones favorables al participar en este tipo de entrenamientos. Además, refirieron sentirse menos ansiosos hacia la muerte al completar estas actividades. La metodología principal que se utilizó fue la simulación, respecto a la cual los y las alumnas expresaron que era útil y beneficiosa para formarse en el contexto del final de la vida. Además, en otros estudios publicados

posteriormente (234,241) la mayoría del alumnado valoró como positivo el aprendizaje logrado y la oportunidad que supone para conocer y regular las emociones asociadas al final de la vida. Sin embargo, muchos de los estudios reflejados en el metaanálisis no iban dirigidos específicamente a la mejora de las habilidades socioemocionales, sino que también perseguían otros objetivos relacionados con los cuidados al final de la vida(231).

También hay algún estudio que sintetizó las percepciones del alumnado respecto al papel que juegan los grupos de discusión. El alumnado cree que es una herramienta que estimula el aprendizaje profundo y facilita la apertura a opiniones distintas (242), el desarrollo del pensamiento crítico y las habilidades comunicativas orales (243). Hay que destacar que esta metodología no se ha utilizado exclusivamente para formar en estas habilidades en el contexto final de la vida. Cuando se han usado en este contexto han sido en combinación de otras metodologías activas (231).

En resumen, la atención en el final de la vida supone una alta carga emocional para los profesionales sanitarios, y aunque hay evidencia de que las metodologías activas son una herramienta potencialmente efectiva para formar en competencias socioemocionales que alivien esa sobrecarga, la realidad es que no se presta la atención pertinente en la educación en ciencias de la salud. Además, a la falta de horas para su entrenamiento y de herramientas para su evaluación se suma que hay escasez aún de estudios que indaguen sobre la experiencia de alumnado sobre este tipo de programas de formación en la educación para el final de la vida. Conocer su percepción ayuda a poder diseñar formaciones adecuadas a las necesidades percibidas.

2.9. Experiencia con Simulación Clínica en Enfermería en la Universidad de Cantabria (UC)

Desde la firma de la declaración del Plan Bolonia las universidades han ido implementando nuevos modelos de enseñanza y evaluación donde el estudiantado se convirtiese en el centro de su propio aprendizaje (195). Como consecuencia de ello la facultad de Enfermería de la Universidad de Cantabria (UC), contexto donde se realiza la presente tesis, no se quedó atrás y adaptó su modelo de enseñanza a las nuevas demandas.

En esta facultad hasta el 2002 solo se utilizaban en las aulas los simuladores de baja fidelidad o “task part”. La mayoría de las asignaturas utilizaban estos simuladores para fomentar la capacitación de competencias exclusivamente técnicas, dotando así a los y las alumnas de

conocimiento para realizar técnicas y practicar con instrumentos que en el futuro utilizarían en el campo asistencial. Se encuadraban en el marco curricular dentro de “sesiones de taller de habilidades” que complementaban a las prácticas clínicas (244).

Sin embargo, durante el curso 2002/2003, a petición de la Dirección del Departamento de Enfermería, el Vicerrectorado de Ciencias de la Salud de la Universidad de Cantabria adquirió el primer simulador de alta fidelidad para el centro (SimMAN®-Laerdal)(244). A través de este simulador los y las alumnas pudieron aprender recreando diferentes situaciones y poniendo en práctica multitud de técnicas de soporte vital avanzado. Además, también les permitió adquirir diferentes habilidades individuales y colectivas en la atención de urgencias y cuidados críticos principalmente (ilustración 10). Este simulador era controlado durante las prácticas de simulación gracias a un software que recogía diferentes parámetros fisiológicos como el electrocardiograma, la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, la tensión arterial, la saturación de oxígeno, diferentes ruidos cardiacos y/o pulmonares entre otros, según las acciones que el alumnado realizaba. Gracias a este simulador tan innovador también pudieron aprender técnicas específicas como la intubación, la ventilación pulmonar, la inserción de sondas nasogástricas, realizar punciones venosas, aprender la reanimación cardiopulmonar o utilizar un desfibrilador. Junto con todo este aprendizaje de técnicas los y las estudiantes también podían aprender sobre la optimización de los recursos, aspecto fundamental para su futura práctica asistencial.

Ilustración 11. Profesionales de la salud haciendo una práctica en el Aula de simulación de la UC con el SimMAN®-Laerdal



Fuente: Rebeca Abajas Bustillo

El simulador de la Escuela de Enfermería de la UC fue muy innovador en su época y uno de los pocos disponibles en España en ese momento, lo que permitió que se introdujera una nueva metodología de aprendizaje.

Hasta el año 2011 la Escuela contaba con un único simulador, fue en este año cuando se amplían las instalaciones del Centro y se adquiere un nuevo simulador de alta fidelidad SimMan 3G®(245). Con ello el Centro adquirió una nueva sala de simulación y además en este momento se habilitó otra para realizar el debriefing que permitía una ocupación con 45 alumnos y/o alumnas (Ilustración 11). Este segundo simulador es adquirido mediante un convenio que firma la Universidad de Cantabria con la Sociedad Astur-Cántabra de Anestesiología y Reanimación (SACAR), por el cual la Escuela de Enfermería cede las instalaciones del Aula de Simulación a la SACAR la utilización del simulador para la formación de los y las alumnas de la universidad.

Ilustración 12. Plano de las Aulas de Simulación de la Universidad de Enfermería de Cantabria desde 2011.



Adaptado de Durá et al. (2013) (244).

1. Sala 1 con simulador: 25.5 m², aquí se encuentra el primer simulador, está ambientado como si fuera un box de urgencia o de cuidados intensivos con todo el material necesario (carro de paradas, desfibrilador, monitor, respirador). Está dotado de cámaras y micrófonos para que cada caso de simulación pueda ser visionado en tiempo real desde el aula de debriefing (Ilustración 12).

Ilustración 13. Profesionales realizando practica de Urgencias en el Simulador de la UC



Fuente Rebeca Abajas Bustillo

2. Sala de control: 12,5 m², desde aquí se dirige el caso y se controla el software del simulador (Ilustración 13).

Ilustración 14. Sala de control de la UC



Fuente Rebeca Abajas Bustillo

3. Sala 2 con simulador: 24.5 m² está ambientada imitando a un quirófano y está dotado con todo el material necesario. Sin embargo, no solo se le da este uso, pues esta sala puede también adaptarse para representar una consulta del centro de salud para poner en práctica también habilidades comunicativas y diagnóstica a través de pacientes estandarizados o juegos de rol. Al igual que la sala 1 está completamente equipada para que se pueda seguir el escenario desde el aula de debriefing (Ilustración 14).
4. Aula de debriefing: 40.5 m². Se utiliza para la discusión posterior a la simulación de los escenarios que han sido simulados. Cuenta con las tecnologías necesarias para ver en video y con sonido lo que pasa en directo en las salas de simulación. Además del análisis posterior, en esta aula también se imparten conocimientos teóricos, las instrucciones o cualquier otra necesidad previa o posterior a la sesión de simulación

Ilustración 15. Instalaciones aulas de simulación UC



Fuente Rebeca Abajas Bustillo

Desde el año 2019 hasta la actualidad, estas aulas de simulación se están utilizando también en las asignaturas de psicosociales II para la realización de entrenamientos en habilidades socioemocionales en diferentes contextos clínicos. (Ilustración 15)

Ilustración 16. Alumnos y alumnas de la UC tras realizar una práctica en el aula de simulación



Fuente Rebeca Abajas Bustillo

3. Justificación de la tesis doctoral

El tema de esta tesis doctoral tiene relevancia porque la evidencia científica ha demostrado que profesionales con competencias socioemocionales crean entornos de atención más seguros, mejorando la atención prestada y por tanto provocando que los resultados en salud de los pacientes también mejoren(34).

A pesar de su importancia hasta el momento no existe una opinión única de cuál es la mejor herramienta para la formación en competencias socioemocionales en la educación superior en general y en la formación en salud en particular. Por eso es necesario seguir investigando sobre medidas eficaces para formar y evaluar las competencias socioemocionales tanto en los y las alumnas de ciencias de la salud como en los y las profesionales que están actualmente al pie de cama.

Con la presenta tesis lo que se ha pretendió es abordar desde diferentes esferas el estudio de la efectividad de la simulación en la adquisición de competencias socioemocionales en los profesionales de la salud con el objetivo de aportar un grano de arena para conseguir llenar el vacío teórico-práctico existente.

Para dar respuesta a esta problemática se ha decidido abordarlo desde tres perspectivas.

Aunque existían diferentes revisiones sistemáticas sobre este tema los resultados, los simuladores y diseños de los entrenamientos, las herramientas de evaluación y la calidad de los artículos mostraron datos muy diversos. Esto dificulta sacar conclusiones claras sobre ello. Por esta razón, se propone realizar una revisión sistemática (RS) de revisiones sistemática (RS) e integrativa que ofrezca una recopilación más completa sobre la evidencia disponible. Esto ayudará a mejorar la comprensión del tema y el diseño de futuros programas de entrenamiento, dado que hasta ahora no se había publicado ninguna.

A raíz de los datos obtenidos en la revisión se observó una gran diversidad de herramientas de evaluación no estandarizadas utilizadas para evaluar los entrenamientos basados en simulación en los estudios primarios. Esto demostró el desafío importante que supone medir de manera uniforme la efectividad de las intervenciones dirigidas al aprendizaje socioemocional (36).

Con el objetivo de contribuir a afrontar la falta de herramientas estandarizadas y de datos contundentes sobre la efectividad de programas de entrenamiento en competencias socioemocionales basados en simulación se desarrollan dos programas de intervención.

El contexto en el que se diseñó los programas formativos fue diferente. El primero iba encaminado al entrenamiento de las competencias socioemocionales en la educación en el final de la vida, mientras que el otro se realizó en un contexto clínico mucho más amplio. Esto tiene sus motivos.

Por una parte, tras realizar una profunda revisión sobre el tema se evidenció que la formación en Enfermería presenta una “fisura” en la atención psicosocial y espiritual al final de la vida como muestra Haroen et al. (2023) en su metaanálisis. En este artículo se concluye que los estudiantes tienen un conocimiento insuficiente en la EoL, destacando la necesidad urgente de mejorar su preparación (246). Además, estudios dirigidos a conocer la perspectiva del estudiantado sobre este tema mostraron que los y las alumnas experimentan dudas, ansiedad, incertidumbre y desamparo ante los cuidados del final de la vida(227) . Este sentimiento no solo lo vivencia el estudiantado, sino que también lo experimentan los y las profesionales que llevan muchos años trabajando(224).

Todo esto respalda la necesidad de formar al estudiantado en este campo. Además, aunque existen estudios que utilizan la simulación en la educación del final de la vida, es necesario seguir aumentando la evidencia sobre programas que utilicen metodologías activas para formar en competencias socioemocionales en este contexto. Como refleja Oba et al. (2023) aún son escasos los estudios que abordan la perspectiva de los estudiantes en este tipo de formaciones (247). Comprender estas percepciones es esencial para optimizar los programas educativos y mejorar la preparación de los futuros enfermeros(241).

El otro programa de intervención que adopta un enfoque mixto para evaluar un programa de entrenamiento en competencias socioemocionales utilizando metodologías activas, destacándose la simulación de alta fidelidad, es considerado también importante debido a varios motivos. Gracias a este diseño no solo se puede analizar cualitativamente las experiencias y perspectivas de los y las alumnas, sino que también mide los cambios cuantitativos en las competencias entrenadas. Esto proporciona una visión más integral sobre el impacto y la aplicabilidad del programa propuesto. Además, la utilización de una escala validada y estandarizada para su evaluación permite continuar aumentando la evidencia sobre

herramientas validas y fiables para medir los programas de capacitación socioemocional con simulación.

Para terminar esta tesis doctoral se ha realizado una tercera fase de investigación para conocer la percepción de las enfermeras sobre la importancia de las competencias. En este estudio se ha tratado de conocer la experiencia de los y las profesionales enfermeras que trabajan en unidades de atención especializada en la Comunidad Autónoma de Cantabria sobre los desafíos socioemocionales de su trabajo. Los resultados de este estudio son importantes para diseñar futuros programas de intervención centrados en simulación que permitieran disminuir estos desafíos. Se ha seleccionado las unidades especiales, como la unidad de hemato-oncología, la unidad de cuidados críticos, y las unidades de urgencias y emergencias extrahospitalarias porque como refieren estudios previos estas unidades se caracterizan por necesitar que sus trabajadores tengan competencias socioemocionales. Esto se debe al tipo de paciente y situaciones críticas que atienden, a la práctica laboral de gran tensión, la constante toma de decisiones bajo presión y la gran carga emocional que todo esto genera (248). Por ello, la gestión adecuada de competencias socioemocionales es crucial para evitar el agotamiento y la fatiga por exceso de compasión y empatía, en estos entornos (249).

Sin embargo, a pesar de estos resultados actualmente existe una carencia de investigaciones cualitativas que aborden de manera integral las percepciones, experiencias y estrategias de afrontamiento de estas profesionales ante las situaciones de alta carga emocional. Además, hoy en día no se ha realizado ningún estudio de estas características en Cantabria. La falta de evidencia sobre este tema priva que se puedan diseñar intervenciones eficaces y específicas para mejorar la preparación de los y las enfermeras frente a estas situaciones.

En resumen, con la realización de estas tres fases se pretende demostrar que es efectiva y necesaria la formación basada en simulación para la adquisición de competencias socioemocionales. Además, los resultados obtenidos se piensan que ayudarán a continuar generando conocimiento en esta área para seguir construyendo una base sólida para diseñar futuras formaciones para entrenar competencias socioemocionales basadas en simulación tanto para la educación superior como para la formación continua.

CAPITULO II: OBJETIVOS

El objetivo general de esta tesis es estudiar si la simulación es una herramienta efectiva para el entrenamiento en competencias socioemocionales.

A continuación, se detallan los objetivos de los estudios realizados en cada fase para dar respuesta a este objetivo global de la tesis doctoral.

Objetivos fase I

El objetivo general de la revisión sistemática de revisiones sistemática e integrativa es descubrir si la simulación es efectiva para la adquisición y mejora de competencias socioemocionales en estudiantes y profesionales de ciencias de la salud.

Además, como objetivos específicos se enunciaron:

- Conocer los tipos de simulación más utilizados en la formación de competencias socioemocionales.
- Examinar las competencias socioemocionales más entrenadas a través de la simulación.
- Describir los tipos de instrumentos más utilizados para evaluar las formaciones basadas en simulación.

Objetivos fase II

A continuación, son descritos los objetivos generales y secundarios de los dos programas basados en simulación para el entrenamiento de competencias socioemocionales.

Cualitativo

El objetivo general de este estudio es explorar las percepciones y experiencias de los estudiantes de segundo curso matriculados en la asignatura de Psicosociales II de la facultad de enfermería de la Universidad de Cantabria sobre la efectividad de un programa de entrenamiento en competencias socioemocionales que utiliza simulación y otras metodologías activas para mejorar la educación para el final de la vida.

Como objetivos específicos también se planten los siguientes:

- Indagar sobre qué aspectos consideran los y las alumnas como importantes para que las formaciones basadas en simulación sean efectivas para entrenar las competencias socioemocionales.
- Analizar la experiencia de cada participante para entender cómo la simulación ha permitido la adquisición de las competencias.
- Explorar ideas para mejorar el programa de formación en competencias socioemocionales para que sea más más efectivas y adaptadas a las necesidades percibidas.
- Entender la percepción de los estudiantes sobre las competencias socioemocionales y analizar cuales consideran que son más importantes para realizar los cuidados.

Mixto

Evaluar el impacto, desde un enfoque mixto, de un programa de entrenamiento que utiliza simulación y otras metodologías activas para desarrollar competencias socioemocionales en estudiantes de enfermería de segundo curso de la Universidad de Cantabria matriculados en la asignatura de Psicosociales II que no han iniciado sus prácticas en el entorno asistencial real.

Como objetivos secundarios se plantearon los detallados a continuación:

- Explorar si hay diferencias estadísticamente significativas en las medias de los factores evaluados de la escala estandarizada HABICOM en los y las participantes antes y después del programa de entrenamiento en competencias socioemocionales.
- Explorar si existen diferencias significativas, en función de las variables sociodemográficas, en la diferencia de media pre-post de la Escala de AP del cuestionario HABICOM en los participantes.
- Analizar de manera cualitativa las experiencias y percepciones del estudiantado sobre la utilidad y efectividad de las metodologías activas utilizadas para el entrenamiento de competencias socioemocionales.
- Examinar cuales son las claves más relevantes para que la simulación sea efectiva.
- Conocer matices de mejora del programa de formación en competencias socioemocionales para diseñar en el futuro programas más efectivos y adaptados a las necesidades descritas.

Objetivos fase III

El objetivo principal de esta última fase fue investigar cuales son los retos socioemocionales que enfrentan los y las enfermeras que trabajan en unidades especiales en Cantabria (urgencias, atención extrahospitalaria, cuidados intensivos y unidades hematooncológicas).

Como objetivos secundarios también se proponen los siguientes:

- Identificar las situaciones emocionalmente demandantes para los y las enfermeras que trabajan en las unidades especiales en Cantabria.
- Entender de qué manera estos desafíos afectan a su desempeño laboral y a la calidad de los cuidados que ofrecen, como un paso previo para diseñar una intervención basada en simulación que ayude a reducir todos los desafíos que se hayan identificado.
- Analizar si existen factores que aumenten o empeoren estas situaciones de alta carga emocional.
- Describir las experiencias y emociones que experimentan los y las enfermeras ante estas situaciones.
- Explorar que estrategias de afrontamiento utilizan para gestionar mejor estos desafíos socioemocionales de su trabajo.
- Identificar que competencias socioemocionales consideran más relevantes en su práctica asistencial.
- Conocer la percepción sobre necesidades formativas para la adquisición de competencias socioemocionales y mejor manejo de las situaciones de alta demanda emocional.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA Y RESULTADOS (PUBLICACIONES)

A continuación, con el objetivo de facilitar la lectura de los trabajos de investigación llevados a cabo se va a explicar la metodología y resultados de manera conjunta de cada fase del proyecto realizado con el fin de dar respuesta a cada uno de los objetivos detallados en el epígrafe anterior. Debido a los derechos transformativos de Elsevier y por otra parte a que en el momento del depósito de la tesis está aceptado y pre-publicado sin designar el volumen correspondiente al tercer artículo las publicaciones de la segunda fase se han redactado y no se pueden mostrar los artículos originales.

El primer apartado va a corresponder al artículo ya publicado en la revista “Clinical Simulation in Nursing” situada en el primer decil según JCR (250).

Fase I (RS DE RS): La eficacia de la simulación en la adquisición de habilidades socioemocionales relacionadas con la atención sanitaria: Una revisión sistemática de revisiones sistemáticas”.

Clinical Simulation in Nursing (2024) 92, 101547



Clinical Simulation
in Nursing

www.elsevier.com/locate/ecs

Review Article

The Effectiveness of Simulation in the Acquisition of Socioemotional Skills Related to Health Care: A Systematic Review of Systematic Reviews

María Lanza-Postigo, RN^a, Rebeca Abajas-Bustillo, PhD, RN^{b,*},
Roberto Martín-Melón^c, Noelia Ruiz-Pellón, RN^d,
Carmen Ortego-Maté, PhD, RN^e

^aIDIVAL Oncology Clinical Trials Research Group. Avda, Santander, Spain

^bServicio Cántabro de Salud, Faculty of Nursing, Universidad de Cantabria, IDIVAL Nursing Research Group. Avda, Santander, Spain

^cLibrary assistant, Biosciences Library, University of Cantabria, Santander, Spain

^dServicio Cántabro de Salud, Santander, Spain

^ePsy. Faculty of Nursing, Universidad de Cantabria, IDIVAL Nursing Research Group, Santander, Spain

KEYWORDS

Simulation training;
Education;
Patient simulation;
Nursing;
Communication;
Self-efficacy;
High-fidelity simulation
training

Abstract

Aim: The objective of this SR of SR is to answer the question: Is simulation effective for the acquisition of socio-emotional skills related to health care?

Background: Simulation has become a relevant methodology for the training of socioemotional skills; however, the effectiveness of this methodology is difficult to interpret due to the diversity of results obtained to date.

Methods: Searches were conducted in Medline, Scopus, Web of Science, and Cochrane Library databases for systematic reviews with meta-analyses published from 2011 to 2022. The searches were completed between December 2021 and January 2022. Study quality was assessed using the AMSTAR-2 scale. The protocol was registered in PROSPERO (CRD42022339156).

Results: A total of 1285 studies were examined, of which seven systematic reviews were selected, yielding 88 studies with 8658 participants. The most commonly used methodologies were standardized patient (28.4%) and high-fidelity simulation (26.1%). The training consisted of an average of 3.6 sessions, with a mean duration of 153.8 minutes. The most trained socioemotional skills were communication (34.4%), self-efficacy (30.5%), and self-confidence (13.3%). Most studies (78.4%) reported statistically significant results favorable to the intervention group in all skills trained.

* Corresponding author: rebeca.abajas@unican.es (R. Abajas-Bustillo).

Conclusion: Simulation is an effective methodology for training a wide range of social and emotional competencies in students and health science professionals.

Cite this article:

Lanza-Postigo, M., Abajas-Bustillo, R., Martin-Melón, R., Ruiz-Pellón, N. & Ortego-Maté, C. (2024, July). The Effectiveness of Simulation in the Acquisition of Socioemotional Skills Related to Health Care: A Systematic Review of Systematic Reviews. *Clinical Simulation in Nursing*, 92, 101547. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2024.101547>.

© 2024 International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning. Published by Elsevier Inc.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Background

The origins of simulation date from ancient times when the military practiced war tactics on miniature models or live representations. Clinical simulation in nursing can be traced back to 1911 with the creation of the first mannequin (simulator) by Martha Jenkins Chase (Akselbo & Aune, 2022). In the medical field, the use of simulation began in the 1960s to train surgeons for the performance of complex surgical procedures. Since then, simulation has become a standard training technique in health sciences education (Piedrahita-Mejia & Cardona-Cano, 2022).

Currently, simulation has become more advanced and sophisticated. Different types of simulators exist depending on their degree of realism (fidelity). High-fidelity refers to simulation experiences that are extremely realistic and provide a high level of interactivity and realism for the learner (Healthcare Simulation Dictionary, 2020). Low-fidelity simulators are those that do not need “to be controlled or programmed externally for the learner to participate,” these include case studies, role-playing, or task trainers used to support students or professionals in learning a clinical situation or practice (Healthcare Simulation Dictionary, 2020).

Theoretical Framework of Simulation

Simulation is “a technique that creates a situation or environment to allow persons to experience a representation of a real healthcare event for the purpose of practice, learning, evaluation, testing, or to gain an understanding of systems or human actions (SSH)” (Healthcare Simulation Dictionary, 2020). Thus, simulation represents a tool of choice to be used in university classrooms since it enables the recreation of real situations without negative consequences for the patient, where every mistake made becomes a learning opportunity (Abajas-Bustillo et al., 2020; Yu et al., 2021).

The educational effectiveness of simulation is based on various educational and psychological theories, including experiential learning theory, which argues that learning is most effective when students are engaged in meaningful,

hands-on experiences (Falloon, 2019). In addition, it is supported by the social learning theory that argues that clinical performance improves through interaction and observation of peer performance (Johnson, 2020). It is also based on cognitive load theory, which suggests that there is a limit to the amount of theoretical information that students can process, and therefore, clinical simulation helps them to manage cognitive load and develop skills to make effective clinical decisions in high-pressure situations (Szulewski et al., 2021).

Within the current healthcare framework, simulation-based learning is an active methodology that facilitates the training of socioemotional skills (Abajas-Bustillo et al., 2020). These can be defined as the set of skills needed to understand, express, and regulate emotional phenomena appropriately, as well as to deal with a social situation in a way that is appropriate to the context. Following Bisquerra’s theoretical developments (Bisquerra, 2003) and those by CASEL (Collaborative for Academic, Social, and E. L., 2005), socioemotional skills can be formulated based on the following terms: Self-awareness (addressing self-concept and self-esteem); Emotional self-management (focusing on emotional understanding and self-regulation); social competence (i.e., social awareness, empathy, communication, and assertiveness); and responsible decision-making or life and well-being skills (specifically, creative and assertive conflict resolution).

Socioemotional skills are crucial for health professionals because they often face critical and stressful situations that require emotional control and mastery of skills such as empathy and active listening (Dean et al., 2020; Guerrero et al., 2022; Kang et al., 2021; Prats-Arimon et al., 2022). In addition, these competencies have been found to improve the professional-patient relationship, leading to greater adherence to treatment and a greater willingness of the patient to participate in decision-making regarding their illness and recovery (Dean et al., 2020; Kang et al., 2021; Salas-Saavedra & Galiano-Galvez, 2017). They also facilitate the implementation of more effective care strategies, increasing user satisfaction and confidence (Alt et al., 2023) and encourage the cre-

ation of an enabling work environment together with colleagues (Mahmood et al., 2021). In short, it seems clear that the development of socioemotional skills is essential to improve the quality of the care provided (Sancho-Cantus et al., 2023).

Despite the existence of several systematic reviews (SRs) on the use of simulation for socioemotional skills training, their results, quality, and scope are remarkably heterogeneous. Therefore, to offer a more comprehensive and reliable synthesis of the available evidence to facilitate understanding and decision-making on the subject, an SR of systematic and integrative reviews (SR) was proposed, since none have been published to date. Following the PICO structure, the objective of this SR of SR was to answer the question: Is simulation effective for the acquisition of socioemotional skills related to health care?

Material and Methods

Search Methods

The searches were conducted during the months of December 2021 to January 2022. They included documents published between 2011 and 2022. Four databases were consulted: Medline, Scopus, Web of Science, and Cochrane Library. Controlled MeSH terms and free text were used as descriptors, combined with the Boolean operators “AND” and “OR” (Appendix A).

Inclusion Criteria

SRs with meta-analyses, published in the last 10 years, provide quantitative results of socioemotional skills after simulation training aimed at students or health sciences professionals. The exclusion criteria were: Qualitative meta-syntheses and scoping reviews. Likewise, SRs that did not include quantitative syntheses or SRs in which the quantitative synthesis did not provide data from health science professionals or students were excluded.

Data Extraction

For the SR, a protocol with procedures and coding forms (available upon request) was created. The protocol was registered in PROSPERO (International Prospective Register of Systematic Reviews) under number CRD420222339156. Two coders (MLP and NRP) independently extracted the data from the selected studies using an Excel spreadsheet and the coding manual created for this purpose. Once the coding was performed, the degree of intercoder agreement was estimated to be 0.92 (Cohen’s Kappa mean = 0.90 and Spearman–Brown correlation mean = 0.94). Disagreements were resolved by inter-

coder deliberations and, when necessary, the judgment of a third reviewer was called upon.

Quality Assessment

The AMSTAR-2 scale was used to evaluate the quality of the selected SRs (Shea et al., 2017). This tool consists of 16 domains, with simple response options: ‘yes’, when the result is positive; ‘no’, when the standard was not met or there is insufficient information to respond; and ‘partial yes’, in the event of partial adherence to the standard.

Results

Of the 1285 studies identified in the search, seven SR were selected (Ardakani et al., 2019; La Cerra et al., 2019; Delisle et al., 2019; Kononowicz et al., 2019; Oh et al., 2015; Piot et al., 2021; Selman et al., 2017). Figure 1 shows the flow chart of the identification procedure according to the PRISMA guide (Page et al., 2021).

Quality of the SRs Included

The mean score on the AMSTAR-2 scale was 17.13 (Table 1). Overall, all articles scored high on the scale, indicating that they met the established quality criteria. Consistent compliance was evident in key areas, such as inclusion, comprehensive search, and study design. Those excluded were adequately justified and those included were detailed. All the studies showed a low risk of bias. The degree of transparency in information regarding funding, statistical methods, and explanation of heterogeneity was outstanding. No publication bias or conflicts of interest were detected, thus strengthening the reliability of the results.

Characteristics of the SRs Included

The seven SRs included covered 88 studies that provided quantitative results of socioemotional skills trained using different clinical simulation methods (standardized patient, high-fidelity simulation, role-playing [RP], and virtual patient). Table 2 and Appendix 2 describe the selected SRs.

The publication interval of the primary studies, included in the seven selected SRs, was between 1990 and 2020. Up to 65.9% ($n = 58$) were Randomized Clinical Trials, whereas 23.8% ($n = 21$) were nonrandomized quasi-experimental studies with prepost or post-only control. These studies were conducted in different parts of the world, although most were conducted in the United States ($n = 25$), followed by Korea ($n = 19$) and Canada ($n = 6$).

Description of Participants

The seven SRs provided a total of 8658 participants (6855 women and 1803 men) of whom 4702 were in the interven-

Table 1 – Quality Assessment According to the AMSTAR-2 Scale

Main author (year of publication)	Inclusion question	Protocol	Study design	Exhaustive search	Study selection	Data extraction	Justification of excluded studies	Details of included studies	Risk of bias of funding	Sources of methods	Statistical methods	Risk of bias in meta-analysis	Risk of bias in individual studies	Explanation of heterogeneity	Publication bias	Conflict of interest	Overall score	Global
Ardakani et al. (2019)	1	1	3	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	H
Delisle et al. (2019)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	H
Kononowicz et al. (2019)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	H
La Cerra et al. (2019)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	H
Oh et al. (2015)	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	18	H
Piot et al. (2021)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	H
Sehman et al. (2017)	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	19	H

1 = yes; 2 = partial yes; 3 = no; 4 = no meta-analysis; CL = critically low; L = low; M = medium; H = high.

Table 2 – Description of Selected Systematic Reviews

No SR	First author (year of publication)	Data collection interval	Country	Databases used*	Inclusion criteria	No of primary studies included in the SR	No of primary studies assessing socioemotional skills	Results after intervention (categorized)†				
								SR	NSR	MIX	0	1
1	Ardakani et al. (2019)	1997-2017	Tian	PM, CL, WOS, SD	Nurses, communication skills training, simulation, role play, communication skills and self-efficacy.	12	10	9	1	0		
2	DeJule et al. (2019)	2010-2018	United States	M, CH, E, CL, S, WOS, ERIC, PI	Prospective randomized, crossover, parallel, and quasi-experimental RCTs. Health professional, Health sciences student, Simulation training	13	8	6	2	0		
3	Kononowicz et al. (2019)	1990-2018	Singapore	M, E, CH, PI, ERIC, CIN, WOS	Randomized study and clusters. Undergraduate or postgraduate health education or training program. Screen-based virtual simulation.	51	13	8	2	3		
4	La Cerra et al. (2019)	2006-2017	Italy	PM, S, CL, W, WOS	Undergraduate or postgraduate nursing students performing HFRS in life-threatening clinical conditions; groups not evaluated before, measurement of data postintervention. RCT or NCS Nursing students or graduates. Simulation with standardized patients. Sufficient data for calculation of effect size.	33	15	11	3	1		
5	Oh et al. (2015)	Until 2014	South Korea	CH, M, CL, GS, KD	RCT or NCS Nursing students or graduates. Simulation with standardized patients. Sufficient data for calculation of effect size.	18	16	14	2	0		
6	Prot et al. (2021)	2010-2020	France	M, E, S, CL, PI, ERIC, CH, WOS	RCT, NCS, single-group pre/posttest, simulation studies in management of people with mental disorders for nursing students or professionals in psychiatric or nonpsychiatric settings.	118	8	6	1	1		
7	Selman et al. (2017)	2004-2015	UK	M, E, PI, ERIC, CH, W, WOS, ICTRP, OG	RCT Professionals in the field of palliative care. Studies that train communication skills.	19	18	15	3	0		

* Databases used: CH = Cochrane; CL = CINHAL; E = EMBASE; ERIC = Educational Resource Information Centre; GS = Google Scholar; ICTRP = International Clinical Trials Registry Platform; KD = Korean databases (KMBASE, KOREAMED, KISS, KISS, and NANEJ); M = MEDLINE; OG = OpenGrey; PI = Pubmed; S = Scopus; SD = Science Direct; W = Wiley Online Library; WOS = Web of Science; PI = PsycINFO.
 † Inclusion criteria: HFRS = high-fidelity patient simulation; RCT = Randomized clinical trial; NCS = Nonrandomized control study.
 ‡ SR = no de primary studies that after training of socioemotional skills, report all or their statistically significant results; NSR = nonsignificant result; MIX = mixed results.

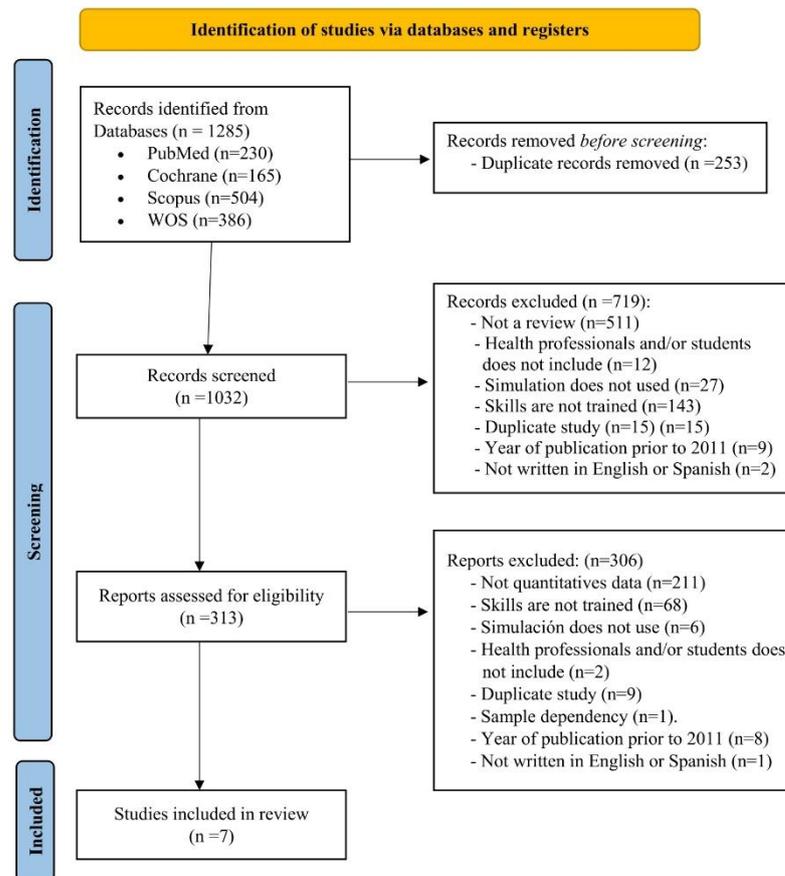


Figure 1 Flowchart of the selection process.

tion group and 3845 in the control group. The participants were students or professionals in nursing, medicine, dentistry, and social work. Although most of the training was received by nursing students and graduate nurses, 65.9% ($n = 58$). The characteristics of the participants are shown in [Table 3](#).

Trained Socioemotional Competencies

In the 88 primary studies, a total of 129 socioemotional skills were trained. Up to 68.2% ($n = 60$) of the studies trained a single skill, 20.5% ($n = 18$) trained two, 9% ($n = 8$) trained three, and 2.3% ($n = 2$) trained four within the same training program.

The socioemotional skills that were most trained (k) were communication 34.4% ($k = 44$) and self-efficacy 30.5% ($k = 39$). When grouped by trained competencies, those related to self-awareness 43.8% ($k = 56$) stand out,

where self-efficacy and self-confidence are trained. This was followed by those related to social competence 40.7% ($k = 52$), with communication, empathy, and active listening. To a lesser extent, training was focused on responsible decision-making 14.89 ($k = 19$) in which problem solving, critical thinking, teamwork, and leadership were trained and, lastly, the least trained skill was emotional self-management 0.79% ($k = 1$) including emotional intelligence ([Table 4](#)).

Types of Simulation Used for Social-Emotional Skills Training

The most frequent methodology used to train socioemotional skills was the standardized patient 28.4% ($n = 25$), followed by high fidelity simulation 25% ($n = 22$), RP 19.3% ($n = 17$), and virtual patient 14.8% ($n = 13$). In

Table 3 – Description of the Participants in the Primary Studies Included in the Selected SRs

No SR	Type of participants*	No. of participants (<i>n</i> = 8658)	Women [†]	Men [†]	Intervention group (<i>n</i> = 4792)	Control group (<i>n</i> = 3845)
1	GN, PH, NN, ON	1127	631	133	985	150
2	UGN, RP, UGP	623	101	109	352	271
3	UGP, GN, RP, HSP, UGD	1096	194	153	609	477
4	UGN	1622	1120	197	752	870
5	GN, UGN, RN, ON	1099	323	31	526	573
6	UGS, UGN, ON, MHN	1286	1168	119	626	641
7	GN, RP, UGP, ON, O, MD, G	1805	825	526	942	863

* Type of participants: UGD = undergraduate dentist; GN = general nurses; NN= neonatal nurses; ON= oncology nurses; RN = resident nurse; MHN= mental health nurse; UGN= undergraduate nurses; G= gynecologist; MD= medical doctor; UGP= undergraduate physicians; RP= resident physician; O = oncologist; HSP= health sciences professional; UGS = undergraduate social worker.

[†] For some studies, participant number is unclear or not reported.

Table 4 – Intervention Design According to Teaching Methodology

Teaching methodology	Skills trained	Mean number of sessions	Mean minutes/session
Standardized patient (<i>n</i> = 25)	Self-efficacy (<i>k</i> = 15); communication (<i>k</i> = 14); problem solving (<i>k</i> = 3); self-confidence (<i>k</i> = 1); emotional intelligence (<i>k</i> = 1); active listening (<i>k</i> = 1), and empathy (<i>k</i> = 1)	4.4	155.5
High-fidelity simulation (<i>n</i> = 22)	Self-efficacy (<i>k</i> = 10); self-confidence (<i>k</i> = 9); communication (<i>k</i> = 6); problem-solving (<i>k</i> = 6); teamwork (<i>k</i> = 5); critical thinking (<i>k</i> = 2); leadership (<i>k</i> = 1); empathy (<i>k</i> = 1)	2.9	109.4
Role-playing (<i>n</i> = 17)	Communication (<i>k</i> = 10); self-efficacy (<i>k</i> = 9); empathy (<i>k</i> = 3); problem solving (<i>k</i> = 1); active listening (<i>k</i> = 1)	4.9	149.8
Virtual patient (<i>n</i> = 13)	Communication skills (<i>k</i> = 7); self-confidence (<i>k</i> = 4); teamwork (<i>k</i> = 1); self-efficacy (<i>k</i> = 3)	1.42	71.4
Training sessions in which methodologies were combined (<i>n</i> = 11)	Communication (<i>k</i> = 7); self-efficacy (<i>k</i> = 2); self-confidence (<i>k</i> = 3); teamwork (<i>k</i> = 1); empathy (<i>k</i> = 1)	4.1	144.7

n = number of primary studies; *k* = number of socioemotional skills trained.

some studies, two or more methodologies were combined (*n* = 11) (Table 4).

Although the training sessions had different durations, some were delivered in one day and others over a period of 12 months. The average number of sessions was 3.57 with a mean duration of 153.75 minutes. The methodology that required the most sessions on average was RP and the methodology that required a longer average time was standardized patient (Table 4). The methodology that required the least number of sessions and the shortest duration was virtual patient. The training sessions using standardized patients consisted of a clinical practice guided by a trained actor to simulate cases or interviews, sometimes accompanied by multimedia tools and/or RP, theoretical classes, or

didactic material (e.g., brochures). The mean training time was 4.4 sessions lasting 155.5 minutes each.

The high-fidelity simulation training involved the re-enactment of clinical cases designed to be as realistic as possible. While one group participates, the other group watches on a screen from another room. In high-fidelity simulation training, advanced manikins, such as laerdal's SimMan, simBaby maniquie, and Simulacion HearthCode Basic Life Support, were used, and participants were divided into small groups to experience immersive scenarios of varying duration and complexity. Instructors played a crucial role in guiding and providing realism. Peer observation was also encouraged along with subsequent debriefing.

During RP, the students tried to act as health professionals in simulated situations to practice and apply socioemotional skills in an active and participatory manner. Up to 29.4% ($n = 5$) of the RP training was accompanied by theoretical models and/or video demonstrations as part of the teaching, used as a solid conceptual basis before performing the exercise.

Training with virtual patients is a computer simulation model that simulates the physiology, symptoms, and/or problems of a real patient. In this methodology used with virtual patients, the digital tools and approaches used were varied (e.g., Digital Animated Avator, Articulate Storyline, Virtual People Factory). In these scenarios, participants assumed the role of a healthcare provider and had to answer different questions related to the acquisition of clinical information, diagnosis, patient management, and follow-up in the virtual interface ($n = 13$). This type of training was aimed at developing skills in the context of the clinical interview. Sometimes these trainings were accompanied by traditional methods such as case lectures, group discussions or master classes ($n = 4$), and in others ($n = 3$) they were accompanied by subsequent discussion or feedback.

Control Group

Of the 88 primary studies, 94.31% ($n = 83$) had a control group whereas five studies did not have any control group. Of those with a control group, 36.14% ($n = 30$) received no training, 28.92% ($n = 24$) received a traditional lecture and/or case reading 14.46% ($n = 12$) and 7.23% ($n = 6$) underwent training with medium or low fidelity mannequins.

Assessment of Trained Socioemotional Skills

Validated scales, as well as questionnaires adapted from existing scales or *ad hoc* scales, were used for the assessment of socioemotional skills. The most used validated assessment scales were the OSCE (Objective Structured Clinical Examination) 4.42% ($n = 5$) and the NSROSCT (Nurses' Self-Efficacy Ratings in Oncology Specified Communication Tasks Scale) 3.53% ($n = 4$). The most used unvalidated assessment method was the researcher developed multiple-choice MCQ scale at 33.63% ($n = 38$) followed by observed communication skills at 14.16% ($n = 16$). In 63.6% ($n = 56$) the evaluation of the impact of the training was performed immediately after the end of the training or within 2 weeks ($n = 2$). Only 26.1% ($n = 23$) of primary studies reported that they carried out a follow-up of the effects of training between 1 month and 1 year after the end of training. In 10.2% ($n = 9$) of the studies this data is unknown.

Up to 57.95% ($n = 51$) of the assessments had a pre- and post-test design, in 36.36% ($n = 32$) there was only one post-assessment and in 5.68% ($n = 5$) this data is un-

known. A total of 78.4% ($n = 69$) obtained statistically significant results in favor of the intervention group in all the socioemotional skills trained. Moreover 15.9% ($n = 14$) reported improvements after the intervention but did not obtain statistically significant results and 5.7% ($n = 5$) obtained statistically significant results for some of the trained skills and not significant for others.

Discussion

This SR of SRs, the first to our knowledge, provides a synthesis of simulation training in the development of socioemotional skills among health science professionals and students. The results obtained support the use of simulation for the training of socioemotional skills, showing an improvement mainly in communication skills, self-confidence, and self-efficacy. The promotion of socioemotional competencies in health sciences university education aims to generate benefits on the personal well-being of professionals and work success with the provision of effective and quality care. Several studies (Sapra, 2019; Weiler et al., 2018; Yu et al., 2021) argue that possessing interpersonal and communication skills is a useful resource in the face of adversity, by increasing satisfaction with relationships, facilitating the ability to cope with stress and the to adapt to the work environment.

Lack of Follow-Up of Long-Term Results

Despite these good results, most of the studies do not provide information on whether they evaluated the maintenance of the trained skills in the medium and long term and therefore this review cannot affirm that the trained skills are maintained over time. Several authors insist on the importance of long-term follow-up to assess the retention and continued applicability of social-emotional competencies in dynamic and challenging healthcare environments (Hanshaw & Dickerson, 2020; Watts et al., 2021).

Trained Socioemotional Skills

The results reveal a focus on the development of communication skills, self-efficacy, and self-confidence, with little attention given to empathy, emotional intelligence, and teamwork. Despite this, several studies (McNulty & Politis, 2023; Sancho-Cantus et al., 2023; Stoller, 2021) highlight the importance of these skills in healthcare practice, as they enhance understanding of patients' emotional needs and promote strong relationships, trust, and treatment adherence. In addition, they facilitate decision-making based on medical data and emotional needs and contribute to job satisfaction and a collaborative environment. They also help prevent burnout among professionals (Adamson et al., 2018; Berduzco-Torres et al., 2021).

Training Methods

The most used training methods were standardized patient and high-fidelity simulation. These data indicate a trend toward more innovative and realistic approaches that were traditionally used almost exclusively to train technical skills (Foronda et al., 2020; Guerrero et al., 2021). Although well-valued by the student body, their implementation can be costly and stressful, limiting their adoption in nursing programs, especially in resource-limited settings (Bryant et al., 2020).

Our findings revealed training sessions combining several teaching methodologies. Thus, several authors (Alsabri et al., 2022; Erdemir et al., 2020; Yousef et al., 2022) advocate the use of a combination of different teaching methods in order to adapt training programs to the specific needs of the participants and take advantage of different methodological approaches to achieve better results regarding the development of socioemotional competencies. In our review, although RP was not the most used method, it could be considered a valuable strategy as a preliminary step to high-fidelity simulation because it is often stressful for students due to concerns about peer perception and self-image, impacting cognitive response and learning (Segura et al., 2020). Moreover, RP, which is less expensive and does not require costly infrastructure, can be a favorable option, especially in resource-constrained environments (Altamirano-Droguett, 2019).

Concerning the psychophysiological stress associated with high-fidelity simulation, it is crucial to address this aspect to ensure the quality of training (Mauriz et al., 2021). Mitigating this negative effect involves providing prior guidance, cultivating a supportive environment, and promoting constructive feedback (Kaneko et al., 2022; Sadovnikova et al., 2020). In addition, starting with less stressful scenarios, and gradually increasing complexity, is vital for learners to gain confidence. Subsequent debriefing sessions are essential for emotional processing and learning, evaluating what worked and areas for improvement (Lapum et al., 2019).

Assessment Methods

In the studies reviewed, there is evidence of great diversity in the assessment tools used. Perhaps the variety of socioemotional skills trained in different contexts and cultures can justify this heterogeneity, although this is an important limitation for the evaluation of the effectiveness of interventions (Danner et al., 2021).

Limitations

The main limitation of this SR of SRs is the wide heterogeneity detected in the training of socioemotional skills, which has made it difficult to compare and synthesize the

results. The articles published in languages other than English or Spanish, the scarcity of information provided by some of the selected reviews, as well as the absence or scarcity of valid and reliable assessment instruments are additional limitations that affect the representativeness and reliability of the findings. Therefore, caution is advised when interpreting and extrapolating the results.

Despite its limitations, this SR also has a number of strengths. It is important to highlight the methodological quality of the studies included in this review. All the selected articles scored high on the AMSTAR-2 scale, indicating that rigorous criteria were followed in the design and implementation of the primary studies. These findings support the methodological soundness of the primary studies that investigated the impact of simulation training on socioemotional skills. Furthermore, we believe that this is a groundbreaking study as there are no SRs of SRs published on this topic to date.

Implications for Research

This study highlights several implications for education, practice, and research in the context of care provided by health professionals. First, it supports the efficacy of simulation to develop socioemotional skills among students and professionals in the field of health sciences, by covering aspects such as self-efficacy, confidence, and communication, among others. In addition, it suggests that these training, although commonly associated with end-of-life education, can be extrapolated to multiple contexts. The review also highlights the need to improve the assessment of these skills, implement long-term follow-ups, and expand training to include knowledge and attitudes, thus configuring socioemotional competencies.

This review also identifies areas for improvement, such as the need to develop standardized simulation designs for socioemotional competency training, the usefulness of establishing consensus definitions that facilitate the evaluation of simulation in this type of training, and the inclusion of the student's perspective regarding their simulation experience and how it contributes towards improvements in the clinical setting.

Conclusion

This SR of SR advocates for the use of simulation training in the development of socioemotional skills in health science professionals and students. The results suggest that simulation, in its different forms, offers an effective platform for strengthening crucial skills such as communication, self-confidence, teamwork, problem solving, empathy, active listening, emotional intelligence, and self-efficacy. Despite the promising evidence supporting the use of simulation, further research with robust designs and represen-

tative samples is needed, considering the importance of tailoring training to the specific needs of each care setting.

Financial Disclosure

No financial support was received for the research, authorship, and/or publication of this article.

Author Contributions

C.O.M contributed to the conceptualization and design of this review. RMM contributed to the literature review, M.L.P contributed to the design, literature review, screening, data extraction, quality appraisal, aggregation of data, and the reviewing and writing of this manuscript. C.O.M and N.R.P contributed to the quality appraisal. C.O.M. and R.A.B. supervised the review and contributed to the conceptualization, reviewing, and editing of the manuscript.

Declaration of Competing Interest

The authors declare that they have no conflicts of interest.

Acknowledgments

Funding: This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Supplementary materials

Supplementary material associated with this article can be found, in the online version, at [doi:10.1016/j.ecns.2024.101547](https://doi.org/10.1016/j.ecns.2024.101547).

References

- Abajas-Bustillo, R., Amo-Setién, F., Aparicio, M., Ruiz-Pellón, N., Fernández-Peña, R., Sillio-García, T., Leal-Costa, C., & Ortegomate, C. (2020). Using high-fidelity simulation to introduce communication skills about end-of-life to novice nursing students. *Healthcare (Switzerland)*, *8*(3), 238. <https://doi.org/10.3390/healthcare8030238>.
- Adamson, K., Loomis, C., Cadell, S., & Verweel, L. C. (2018). Interprofessional empathy: A four-stage model for a new understanding of teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, *32*(6), 752-761. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1511523>.
- Akselbo, I., & Aune, I. (2022). How can we use simulation to improve competencies in nursing?. In *How can we use simulation to improve competencies in nursing?*: 1. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-10399-5>.
- Alsabri, M., Boudi, Z., Lauque, D., Dias, R. D., Whelan, J. S., Östlundh, L., Alinier, G., Onyeji, C., Michel, P., Liu, S. W., Jr, Caramargo, C. A., Lindner, T., Slagman, A., Bates, D. W., Tazarourte, K., Singer, S. J., Toussi, A., Grossman, S., & Bellou, A. (2022). Impact of teamwork and communication training interventions on safety culture and patient safety in emergency departments: A systematic review. *Journal of Patient Safety*, *18*(1), e351-e361. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000782>.
- Alt, D., Naamati-Schneider, L., & Weishut, D. J. N. (2023). Competency-based learning and formative assessment feedback as precursors of college students' soft skills acquisition. *Studies in Higher Education*, *48*(12), 1901-1917. <https://doi.org/10.1080/03075079.2023.2217203>.
- Altamirano-Droguett, J. E. (2019). Clinical simulation: A contribution to teaching and learning in the obstetrics area. *Revista electronica educare*: 23. Universidad Nacional. <https://doi.org/10.15359/rec.23-2.9>.
- Ardakani, M., Sharifabad, M., Bahrami, M., & Abargouei, A. (2019). The effect of communication skills training on the self-efficacy of nurses: A systematic review and meta-analysis study. *Bali Medical Journal*, *8*, 144-152. <https://doi.org/10.15562/bmj.v8i1.1315>.
- Berduzco-Torres, N., Medina, P., San-Martín, M., Delgado Bolton, R. C., & Vivanco, L. (2021). Non-academic factors influencing the development of empathy in undergraduate nursing students: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, *20*(1), 245. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00773-2>.
- Bisquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de investigación educativa*, *21*(1), 7-43.
- Bryant, K., Aebersold, M. L., Jeffries, P. R., & Kardong-Edgren, S. (2020). Innovations in simulation: Nursing leaders' exchange of best practices. *Clinical Simulation in Nursing*, *41*, 33-40.e1. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2019.09.002>.
- CASEL (Collaborative for Academic, Social, and E. L). (2005). *Safe and Sound: An Educational Leader's Guide to Evidence-Based Social and Emotional Learning (SEL) Programs*. Illinois Edition.
- Danner, D., Lechner, C. M., & Spengler, M. (2021). Editorial: Do we need socio-emotional skills?. In *Frontiers in psychology*: 12. Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.723470>.
- Dean, S., Halpern, J., McAllister, M., & Lazenby, M. (2020). Nursing education, virtual reality and empathy? *Nursing Open*, *7*(6), 2056-2059. <https://doi.org/10.1002/nop.2.551>.
- Delisle, M., Ward, M. A. R., Pradarelli, J. C., Panda, N., Howard, J. D., & Hannenberg, A. A. (2019). Comparing the learning effectiveness of healthcare simulation in the observer versus active role: Systematic review and meta-analysis. *Simulation in Healthcare: Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, *14*(5), 318-332. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000377>.
- Erdemir, A., Mulugeta, L., Ku, J. P., Drach, A., Horner, M., Morrison, T. M., Peng, G. C. Y., Vadigepalli, R., Lytton, W. W., & Myers, J. G. (2020). Credible practice of modeling and simulation in healthcare: Ten rules from a multidisciplinary perspective. *Journal of Translational Medicine*, *18*, 369. <https://doi.org/10.1186/s12967-020-02540-4>.
- Falloon, G. (2019). Using simulations to teach young students science concepts: An experiential learning theoretical analysis. *Computers and Education*, *135*, 138-159. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2019.03.001>.
- Foronda, C. L., Fernandez-Burgos, M., Nadeau, C., Kelley, C. N., & Henry, M. N. (2020). Virtual simulation in nursing education: A systematic review spanning 1996 to 2018. In *Simulation in Healthcare: 15* (pp. 46-54). <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000411>.
- Guerrero, A. B., Domínguez, G. F., Osorio, A., & Morales, S. (2021). High fidelity simulation and pause reflection method in medical students of the UNAM. *Educacion Medica*, *22*, 248-255. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2019.02.011>.
- Guerrero, J. G., Ali, S. A. A., & Attallah, D. M. (2022). The acquired critical thinking skills, satisfaction, and self confidence of nursing students and staff nurses through high-fidelity simulation experience. *Clinical Simulation in Nursing*, *64*, 24-30. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.11.008>.

- Hanshaw, S. L., & Dickerson, S. S. (2020). High fidelity simulation evaluation studies in nursing education: A review of the literature. *Nurse Education in Practice*, 46, Article 102818. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102818>.
- Healthcare Simulation Dictionary (2020). *Healthcare simulation dictionary*. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://doi.org/10.23970/simulationv2>.
- Johnson, B. (2020). Observational experiential learning: Theoretical support for observer roles in health care simulation. *Journal of Nursing Education*, 59(1), 7-14.
- Kaneko, R. M. U., Monteiro, I., & de Moraes Lopes, M. H. B. (2022). Form for planning and elaborating high fidelity simulation scenarios: A validation study. *PLoS one*, 17, Article e0274239. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274239>.
- Kang, K., Lee, M., & Cho, H. (2021). Interpersonal skills mediate the relationship between communicative and clinical competencies among nursing students: A descriptive study. *Nurse Education Today*, 99, Article 104793. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104793>.
- Kononowicz, A. A., Woodham, L. A., Edelbring, S., & Stathakarou, N. (2019). Virtual patient simulations in health professions education: Systematic review and meta-analysis by the digital health education collaboration. 21, e14676. <https://doi.org/10.2196/14676>
- La Cerra, C., Dante, A., Caponnetto, V., Franconi, I., Gaxhja, E., Petrucci, C., ... Lancia, L. (2019). Effects of high-fidelity simulation based on life-threatening clinical condition scenarios on learning outcomes of undergraduate and postgraduate nursing students: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 29, Article e025306. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025306>.
- Lapum, J. L., Verkuyil, M., & Hughes, M. (2019). Self-debriefing in virtual simulation. *Nurse Educator*, 44(6), E6-E8. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000639>.
- Mahmood, L. S., Mohammed, C. A., & Gilbert, J. H. V. (2021). Inter-professional simulation education to enhance teamwork and communication skills among medical and nursing undergraduates using the TeamSTEPPS® framework. *Medical Journal Armed Forces India*, 77, S42-S48. <https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2020.10.026>.
- Mauriz, E., Caloca-Amber, S., Córdoba-Murga, L., & Vázquez-Casares, A. M. (2021). Effect of psychophysiological stress and socio-emotional competencies on the clinical performance of nursing students during a simulation practice. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10). <https://doi.org/10.3390/ijerph18105448>.
- McNulty, J. P., & Politis, Y. (2023). Empathy, emotional intelligence and interprofessional skills in healthcare education. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 54(2), 238-246. <https://doi.org/10.1016/j.jmir.2023.02.014>.
- Oh, P., Deok, K., & Suk, M. (2015). The effects of simulation-based learning using standardized patients in nursing students: A meta-analysis. *Nurse Education Today*, 35, e6-e15. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.01.019>.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*, 372(71), 0. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.
- Piedrahita-Mejía, J. C., & Cardona-Cano, R. (2022). The history of the simulation concept and its use in educational environments in the health sector. 19(4), 10-13. [10.21676/2389783X.4988](https://doi.org/10.21676/2389783X.4988)
- Piot, M.-A., Dechartres, A., Attoe, C., Romeo, M., Jollant, F., Billon, G., Cross, S., Lemogne, C., Layat Burn, C., Michelet, D., Guerrier, G., Tesniere, A., Rethans, J.-J., & Falissard, B. (2021). Effectiveness of simulation in psychiatry for nursing students, nurses and nurse practitioners: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 78, 332-347. <https://doi.org/10.1111/jan.14986>.
- Prats-Arimon, M., Puig-Llobet, M., Roldán-Merino, J., Moreno-Arroyo, M. C., Hidalgo-Blanco, M. Á., & Lluch-Canut, T. (2022). A training communication program designed for emergency nurses working at ambulance. *Enfermería Global*, 21(3), 109-121. <https://doi.org/10.6018/EGLOBAL.507341>.
- Sadovnikova, A., Chuisano, S. A., Ma, K., Grabowski, A., Stanley, K. P., Mitchell, K. B., Eglash, A., Plott, J. S., Zielinski, R. E., & Anderson, O. S. (2020). Development and evaluation of a high-fidelity lactation simulation model for health professional breastfeeding education. *International Breastfeeding Journal*, 15(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-0254-5>.
- Salas-Saavedra, B. A., & Galiano-Galvez, M. A. (2017). Percepción de enfermeras y familiares de pacientes sobre conductas de cuidado importantes. *Ciencia y Enfermería*, 23(1), 35-44. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532017000100035>.
- Sancho-Cantus, D., Cubero-Plazas, L., Botella Navas, M., Castellano-Rioja, E., & Cañabate Ros, M. (2023). Importance of soft skills in health sciences students and their repercussion after the COVID-19 epidemic: Scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6), 4901. <https://doi.org/10.3390/ijerph20064901>.
- Sapra, R. (2019). Social and emotional skill for health professionals. *Indian Journal of Health and Well-Being*, 10(12), 410-413.
- Segura, N., de los, Á., Eraña, I. E., Luna-de-la-Garza, M., Castorena-Ibarr, J., & López, M. V. (2020). Analysis of anxiety on early clinical encounters: Experiences using clinical simulation in undergraduate students. *Educacion Medica*, 21(6), 377-382. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.12.012>.
- Selman, L. E., Brighton, L. J., Hawkins, A., McDonald, C., O'Brien, S., Robinson, V., Khan, S. A., George, R., Ramsenthaler, C., Higginson, I. J., & Koffman, J. (2017). The effect of communication skills training for generalist palliative care providers on patient-reported outcomes and clinician behaviors: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(3), 404-416. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.04.007>.
- Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., Kristjansson, E., & Henry, D. A. (2017). AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmj.j40087>.
- Stoller, J. K. (2021). Emotional intelligence: Leadership essentials for chest medicine professionals. *Chest*, 159(5), 1942-1948. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.09.093>.
- Szulewski, A., Howes, D., Van Merriënboer, J. J. G., & Sweller, J. (2021). From theory to practice: The application of cognitive load theory to the practice of medicine. *Academic Medicine*, 96(1), 24-30. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003524>.
- Watts, P. I., McDermott, D. S., Alinier, G., Charnetski, M., Ludlow, J., Horsley, E., Meakim, C., & Nawathe, P. A. (2021). Healthcare simulation standards of best Practice™ simulation design. *Clinical Simulation in Nursing*, 58, 14-21. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.009>.
- Weiler, D. T., Gibson, A. L., & Saleem, J. J. (2018). The effect of role assignment in high fidelity patient simulation on nursing students: An experimental research study. *Nurse Education Today*, 63, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.01.012>.
- Yousef, N., Moreau, R., & Soghier, L. (2022). Simulation in neonatal care: Towards a change in traditional training? *European Journal of Pediatrics*, 181, 1429-1436. <https://doi.org/10.1007/s00431-022-04373-3>.
- Yu, J. H., Chang, H. J., Kim, S. S., Park, J. E., Chung, W. Y., Lee, S. K., Kim, M., Lee, J. H., & Jung, Y. J. (2021). Effects of high-fidelity simulation education on medical students' anxiety and confidence. *PLoS One*, 16(5), 1-10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251078>.

Fase II: Estudio de la eficacia de dos programas de formación en competencias socioemocionales en alumnos y alumnas del grado de enfermería de la Universidad de Cantabria.

En este epígrafe se detalla la metodología y los resultados de las dos intervenciones basadas en simulación y otras metodologías activas para la adquisición de competencias socioemocionales realizadas en estudiantes del segundo curso de la facultad de enfermería de la Universidad de Cantabria.

FASE II. I. “Simulación, Flipped Classroom y diálogo reflexivo en la educación socioemocional en cuidados al final de la vida: Perspectivas de los estudiantes de enfermería»

En primer lugar, se detalla la metodología y resultados para responder al primer objetivo de la fase 2.

A. Metodología

Ámbito de estudio:

Este estudio se realizó en la Facultad de Enfermería de Universidad de Cantabria (España), y se desarrolló a lo largo de dos cursos académicos consecutivos: 2020-21 y 2021-22. El estudio se realizó con estudiantes matriculados en la asignatura impartida en el segundo curso “Psicosociales II”.

Diseño:

Para poder evaluar el entrenamiento realizado a través de las percepciones de los y las alumnas el planteamiento más adecuado se orienta hacia la utilización de un enfoque cualitativo. En los estudios cualitativos, el objetivo principal del investigador es ahondar en las perspectivas de los participantes y examinar los aspectos internos de las vivencias que exclusivamente los implicados conocen (251). Además, la elección de una aproximación cualitativa es debido a que a través de los estudios cuantitativos puede resultar complicado profundizar en las experiencias de cada individuo, porque como citan LiconIn et al. (1985) generalmente “las vivencias personales se pierden entre los datos numéricos”(252). Sin embargo, con la aproximación cualitativa los datos que se recogen se basan en las descripciones de las situaciones y los relatos de las experiencias, creencias, actitudes y pensamientos de cada participante (253) .

En el presente estudio se trata al entrenamiento en habilidades socioemocionales enfocado en el final de la vida como un fenómeno desconocido por la mayoría de los y las alumnas en enfermería de la Universidad de Cantabria. Por ello, para explorar y conocer las percepciones y experiencias que tienen los participantes sobre este fenómeno se optó por un enfoque fenomenológico. La fenomenología nos permite conocer los diferentes aspectos de las experiencias de las personas, donde están también incluidos sus contextos y su forma de describirlas(254) . Morse en 1994 identificó tres aproximaciones fenomenológicas(255):

- La fenomenología descriptiva que está basada en las teorías de Husserl (1962), cuyo objetivo es la descripción del significado de una experiencia a partir del punto de vista de la persona que lo ha vivido. De esta manera el investigador se abstiene de hacer suposiciones basadas en la intuición de las experiencias analizadas(256). Nuestra investigación seguirá este modelo.
- La fenomenología interpretativa, cuyo referente fue Heidegger tenía como principal objetivo interpretar los significados, más que describirlos(257).
- Por último, la fenomenología hermenéutica, cuyo autor destacado fue Van Manen , se caracteriza por ser una combinación de los dos enfoques anteriormente descritos. A través de estudios de este tipo se trata de estudiar el significado esencial de los fenómenos, junto con el sentido y la importancia que estos tienen para los sujetos de estudio(258).

Muestreo:

En la investigación existen dos tipos de técnicas de muestreo: el probabilístico y el no probabilístico. En el muestreo probabilístico los participantes son seleccionados de manera aleatoria, mientras que el muestreo no probabilístico excluye la selección aleatoria. En este último, como consecuencia, no se permite la generalización a la población objetivo. Este procedimiento es el más utilizado en la investigación exploratoria (259). Dentro del muestreo no probabilístico existen dos tipos: el intencionado y no intencionado. En el presente estudio la técnica utilizada es la de muestreo intencionado.

En el campo de la investigación cualitativo el número de muestra necesaria no puede ser predicha con antelación, ya que este tipo de estudios no persiguen la representatividad estadística. El número de participantes por tanto depende de la cantidad y de la calidad de

información que el investigador pueda obtener de las vivencias de los participantes y de que en el momento en que realice el análisis logre obtener la saturación de los datos (260). Autores como Patton (2014) describen que la justificación para utilizar este tipo de muestreo y lo que define su verdadero poder radica en conseguir que los participantes seleccionados den la información más rica posible para conseguir estudiar el tema objeto de la investigación en profundidad(253). En esta investigación, además del muestreo por conveniencia, se realizó un muestreo por propósito, es decir, se trataron de buscar informantes que aun siendo alumnos y alumnas tuvieran la mayor diversidad y variación posible para que la muestra fuera representativa desde los diferentes tipos de estudiantes implicados en el fenómeno que se ha estudiado. La muestra por tanto incluyó participantes de diferente género, edad, educación anteriormente completada y con diferente experiencia laboral.

Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron los siguientes:

- Ser estudiantes de segundo año del grado de enfermería de la Universidad de Cantabria (España).
- No haber comenzado las prácticas en entornos de atención reales.
- Estar inscritos en todas las asignaturas del segundo curso.
- Tener 18 años o más.
- Voluntad y disposición para participar en el estudio.

Se seleccionaron estudiantes de segundo año considerando que eran quienes podían beneficiarse más al participar en el programa, ya que lo cursaban inmediatamente antes de iniciar sus prácticas en entornos de atención reales, y porque, a diferencia de los estudiantes de primer año, ya tenían ciertos conocimientos adquiridos sobre la disciplina de enfermería, lo que les podía ayudar a aprovechar el programa.

El criterio de exclusión fue la inasistencia al programa en más de dos sesiones del programa intervención realizado (Ver anexo 1).

Al finalizar el programa (tabla 5), se invitó a todos los estudiantes que habían participado (n=68 en el curso académico 2020-21 y n=62 en el curso académico 2021-22) a unirse a los grupos focales en función de su disponibilidad e interés. El profesorado les había informado previamente que la participación era voluntaria y les comunicaron las fechas programadas para los grupos focales. En un inicio 29 estudiantes aceptaron participar. Sin embargo,

posteriormente dos participantes no pudieron realizarlo por coincidirles con otras actividades y un tercer porque tuvo problemas de conexión a última hora que le impidió conectarse.

Tabla 5. Resumen de las características del Programa de Educación para el Final de la Vida

Bloque	Duración (ECTS)	Objetivo	Estrategias metodológicas	Recurso educativo
1	300' (0.5)	Abordar conceptos teóricos relacionados con el final de la vida.	Aula invertida	Antes de la clase <ul style="list-style-type: none"> - Videos interactivos - Lectura de apuntes
				Durante el tiempo de clase <ul style="list-style-type: none"> - Charla de profesionales - Actividades grupales relacionadas la visualización de fragmentos de videos documentales
				Posterior a la clase <ul style="list-style-type: none"> - Gamificación - Cuestionarios con preguntas sobre los apuntes
2	360' (0.6)	Facilitar la reflexión, el acercamiento y el diálogo sobre el final de la vida.	Aprendizaje reflexivo y dialogado sobre la muerte	Primera parte: <ul style="list-style-type: none"> - Lectura de cuentos infantiles sobre la muerte - Reflexión guiada sobre los cuentos
				Segunda parte: <ul style="list-style-type: none"> - Grupo de discusión sobre la muerte - Cierre y construcción de significados compartidos
3	840' (1.4)	Entrenar habilidades empáticas y comunicativas (comunicación no verbal, escucha activa y empatía) ante situaciones simuladas de final de la vida.	Simulación	Prebriefing → Instrucciones e información preparatoria a los participantes
				Briefing → Resolución de casos
				Debriefing → Retroalimentación sobre lo realizado

Recogida de datos:

Con el fin de lograr los objetivos de esta investigación, se realizaron 4 grupos focales con los participantes. Se decidió hacer grupos focales porque son una herramienta muy útil por dos razones. La primera porque permiten a los y las alumnas compartir sus opiniones, reflexionar entre ellos y así obtener nuevas ideas. La segunda porque es útil para los evaluadores ya que permite explorar sus experiencias diversas y subjetivas y así sacar conclusiones sobre la efectividad y mejorar el programa educativo(261) . Para facilitar la asistencia y respetar las medidas impuestas por la Covid-19, todos los grupos focales se realizaron en línea a través de Microsoft Teams. Las sesiones tuvieron una duración media de 60 minutos. Todas ellas se grabaron, anonimizaron y posteriormente se transcribieron literalmente. Se prestó especial atención a la hora de transcribir de que no se revelara ningún nombre ni ningún dato que permitiera identificar a los participantes de manera accidental.

Aunque fue explicado en el aula cuando se invitó a participar a los y las alumnas, antes de iniciar los grupos focales se explicó de nuevo el objetivo del estudio. En esta pequeña introducción también se les hizo un breve resumen de los temas que se iban a tratar. Además, se les dejó un espacio para resolver dudas, hacer preguntas y se les pidió que dieran su consentimiento explícito para iniciar la grabación de audio.

Antes de la realización de los grupos focales, el equipo investigador diseñó un guion semiestructurado (ver anexo 2) que se encuentra resumido en la Tabla 6. Estaba compuesto por cuestiones enfocadas a conocer las experiencias, percepciones y opiniones del estudiantado sobre el programa de entrenamiento en competencias socioemocionales en los cuidados del final de la vida en el que habían participado. Si bien se intentó seguir el guion estipulado, en algunos momentos los ítems se ajustaron ya que emergieron nuevos temas y aspectos de interés.

Tabla 6. Síntesis de las preguntas utilizadas en el grupo focal.

1. ¿Qué os ha parecido el módulo formativo?

2. ¿Consideráis útil o necesario formarse en habilidades socioemocionales? ¿Y por qué?

3. ¿Este módulo formativo ha contribuido a formaros en estas habilidades, y/o cómo ha mejorado vuestro bienestar?

Para valorar las distintas metodologías activas utilizadas se realizaron las siguientes preguntas:

1. ¿Os ha parecido útil para formaros en habilidades socioemocionales y por qué?

2. ¿Qué emociones y reflexiones os han despertado?

3. ¿Esta metodología que habéis aplicado en el aula creéis que también os puede ayudar de manera personal?

4. ¿Alguna sugerencia para el próximo curso?

Para obtener los aspectos de mejora y cuestiones adicionales se utilizaron las siguientes preguntas

1. ¿Hay algo más que deseáis comentar y que no os hayamos preguntado?

2. ¿Alguna idea que aportar que consideréis que mejoraría la metodología empleada para la formación en este módulo formativo?

3. ¿Cuál sería y por qué la proponéis?

4. ¿Hay cualquier otra cuestión que queráis comentar y no hemos hablado?

Aunque las entrevistas fueron online, se trató de registrar como si se hubieran hecho de manera presencial los comentarios, opiniones y las expresiones informales de los participantes en notas de campo. Para mitigar los sesgos los grupos fueron guiados por un miembro del equipo de investigación, con experiencia en investigación cualitativa, pero que no había participado en la implementación del programa educativo.

El primer grupo focal se realizó el 23 de diciembre de 2020, con la participación de nueve estudiantes. El segundo tuvo lugar el 27 de enero de 2021, involucrando a siete estudiantes. El tercero se celebró el 10 de febrero del mismo año, con la participación de tres estudiantes. El cuarto fue el 9 de febrero de 2022, con siete estudiantes participantes.

Todos los grupos focales se realizaron una vez que los y las alumnas habían completado el programa formativo y los exámenes de psicosociales II. Se seleccionó esa fecha por dos motivos.

El primero para garantizar la máxima asistencia y por otra parte para que se sintiesen libres de opinar sin miedo a que su experiencia y percepción de la formación pudiera influir en su evaluación.

Análisis de datos:

El análisis de los datos cualitativos requiere que el investigador sea creativo, empático, sensible y tenga capacidad de inducción(262). Además, es necesario que tenga una gran capacidad de síntesis para reducir los datos. Pues a diferencia de los datos cuantitativos que pueden ser resumidos en tablas, en la investigación cualitativa hay que hacer un complejo trabajo para mantener el equilibrio para no perder la riqueza ni el valor de los datos que se han logrado (263).

En la investigación cualitativa el análisis de los datos no es la última etapa del proyecto. El análisis comienza, según Valles 1997 desde el diseño de la investigación. Por lo tanto, constituye un proceso continuo a lo largo de todas las etapas del proceso de investigación (264).

Para la codificación de los datos no se ha utilizado ningún software informático. Ha sido realizado manualmente y se ha utilizado la aplicación de Excel para sintetizar los códigos, categorías y temas. Los grupos focales han sido la principal fuente de obtención de los datos. En cada grupo focal la grabación fue transcrita de forma inmediata al terminar por la propia investigadora. Además, se pasó una copia a la coordinadora del proyecto para que pudiera escucharla, leerla y opinar sobre su claridad y veracidad. Este procedimiento es una de las formas que la investigadora utilizó para validar los datos (265).

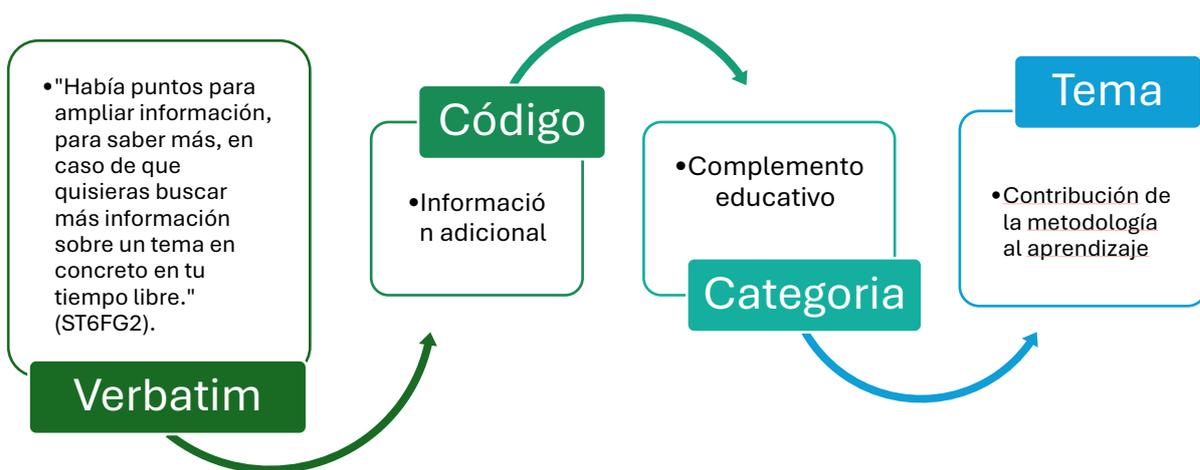
Los datos se analizaron mediante el análisis de contenido temático propuesto por Braun y Clarke (2006): el enfoque fue inductivo y el proceso analítico incluyó seis fases: 1) familiarización con los datos, 2) generación de códigos iniciales, 3) búsqueda de categorías, 4) revisión de categorías, 5) definición y nombramiento de temas, 6) redacción de los resultados (266). El análisis se realizó manualmente. La interpretación de los datos fue realizada por dos autores y verificada por otros dos para minimizar errores y mejorar la credibilidad y la confiabilidad de la investigación (267). Los desacuerdos se resolvieron por consenso entre los miembros.

En resumen, el proceso de codificación (Tabla 7) se desarrolló de la siguiente manera. En primer lugar, se realizaron varias lecturas de las transcripciones y las notas de campo de los grupos focales. Esta fase tuvo como objetivo familiarizarse con el contenido y hacer un primer esquema mental de las ideas principales. El segundo paso fue segmentar los datos, analizando cada

transcripción y dividiendo el texto en unidades de significado. Para ello se subrayaron palabras o frases que compartían un mismo sentido del mismo color y se le asignó un código que identificara el grupo focal al que correspondía-

A continuación, se extrajeron y organizaron los fragmentos con significados similares agrupándolos por afinidad para formar categorías emergentes. Estas categorías representaban patrones identificados directamente a partir de los datos. Tras esto se realizó una revisión en profundidad de todas las categorías. Este paso tenía como objetivo compararlas y pulir su definición para asegurar su consistencia y relevancia. Como resultado de este arduo trabajo, se identificaron los temas principales que conforman los resultados de este estudio.

Tabla 7. Ejemplo del proceso del análisis cualitativo



Fuente: elaboración propia

Criterios éticos

Este proyecto fue aprobado el 4 de diciembre de 2020 por el Comité de Ética de Proyectos de Investigación de la Universidad de Cantabria (EC Projects 17/2020).

Se informó a los participantes sobre los objetivos y procedimientos del estudio tanto verbalmente como por escrito. Posteriormente firmaron un documento de consentimiento informado. Además, se avisó a todos los integrantes del estudio que podían retirar su consentimiento y abandonar el estudio cuando lo desearan.

Con el fin de garantizar el anonimato y confidencialidad durante el proceso de análisis de datos y redacción de los resultados, los nombres reales de los y las alumnas que participaron fueron sustituidos por un código que seguía la siguiente nomenclatura: STxFGx. La abreviatura “ST” referente a estudiante iba seguido de un número que se asignó al inicio del grupo focal, e iba seguido a las letras “FG” referidos a Focal Group que fueron acompañados del número de Grupo Focal en el que habían participado. De esa forma, por ejemplo, el participante asignado como 1 en el grupo Focal 3 fue anonimizado con el código S1FG3.

Además de preservar la confidencialidad y con el objetivo de proteger también la privacidad de todos los participantes se prestó especial atención a que ninguno de los temas tratados durante los grupos focales y demás fases del proyecto se difundieran a terceras personas. La única persona que tuvo acceso a todos los datos, además de la entrevistadora, fue la supervisora del proyecto; la directora de esta tesis.

Asimismo, todos los datos recogidos fueron guardados de forma segura, siendo la investigadora y la directora de la tesis las únicas con acceso a ellos. No se recopilaron datos sensibles de los participantes

Rigor científico

El rigor de la investigación cualitativa se basa en los estándares de credibilidad, transferibilidad, consistencia y confiabilidad (265,268).

I. CREDIBILIDAD

Con el fin de fortalecer la credibilidad de los resultados se realizó una triangulación de datos durante el análisis de estos, permitiendo la integración de diversas perspectivas y reduciendo los sesgos individuales en la interpretación.

Otro de los elementos que refuerzan la credibilidad del estudio es que, una vez alcanzada la saturación de los datos, se dejaron de realizar grupos focales con el estudiantado. Además, una vez obtenidos los resultados fueron discutidos con otros investigadores de la Universidad de Cantabria involucrados en el programa de innovación docente, con el fin de revisar tanto la información como la interpretación de los datos de los participantes.

II. TRANSFERIBILIDAD

Este criterio hace referencia al grado de aplicabilidad que tienen los resultados del presente estudio en otras poblaciones, es decir, a la validez externa. Sin embargo, como indican autores como Borjas-García (269) trasladar los resultados de una investigación cualitativa es complejo ya que las estructuras de significado de un grupo no son comparables con las de otro. Como refiere Medina-Moya en otras palabras, para poder transferir los resultados cualitativos a otro contexto, sería necesario realizar una recolección de datos tan amplia que permitiera comparar diferentes contextos y analizar en detalle las perspectivas de todos los participantes en la investigación(270).

Sin embargo, ya que se persigue el fin del desarrollo del entrenamiento de las habilidades socioemocionales en los planes de estudios del Grado en Enfermería de las universidades españolas, entendemos que los resultados puedan ser aplicados en contextos con características similares a las de nuestro centro. Para ello se ha realizado una descripción minuciosa del estudio: su contexto, los participantes y las técnicas de recogida de datos utilizada.

III. CONSISTENCIA-DEPENDENCIA

En la investigación cualitativa el criterio de consistencia-dependencia está íntimamente relacionado con la estabilidad de los datos y la congruencia interna (271). La utilización y descripción de las diferentes herramientas para la recogida de datos que se han utilizado, junto con la triangulación de estos ha permitido realizar una comparación de cada uno de ellos. Además, con el objetivo de cumplir este rigor también se ha delimitado el contexto del estudio y se ha realizado una descripción detallada de los participantes.

IV. CONFIRMABILIDAD

El último criterio de rigor, según Guba (265), es la conformabilidad. Con el fin de garantizarlo en este estudio se ha realizado una transcripción textual de los grupos focales y de los cuestionarios completados por los participantes.

Para cerrar este apartado hay que mencionar que este estudio siguió los Criterios Consolidados para la Presentación de Informes de Investigación Cualitativa - COREQ (272). Además, con el objetivo de asegurar que el estudio fuera válido, relevante y de calidad el equipo investigador ha reflexionado cuidadosamente en cada etapa que conformó el proceso de investigación.

B. Resultados

Participaron 26 alumnos y alumnas en los 4 grupos focales realizados. Las características de los participantes se detallan en la tabla 8.

Tabla 8. Datos demográficos de los participantes de los grupos focales

Número total de participantes	n=26
Edad (años)	25.48 (dt=8.40)
Rango de edad	(19-43)
Mujeres (76.92%)	n=20
Hombres (23.08%)	n=6

El análisis de los datos cualitativos recogidos en los grupos focales permitió identificar tres temas en cada una de las metodologías activas utilizadas: contribución de la metodología al proceso de aprendizaje; características que debe cumplir la metodología para ser más efectiva y motivacional; y aspectos emocionales desencadenados por los recursos educativos utilizados. El resumen de los temas y categorías y códigos de cada

metodología utilizado se puede ver en la tabla 9, para ver la categorización junto con las unidades de significado ver Anexo 3.

Tabla 9. Temas y categorías y códigos

Tema	Categoría	Códigos		
Aula invertida	Contribución de la metodología en el aprendizaje	Actualización	Temario al día	
		Autoevaluación	Conocimientos teóricos Teoría del examen	
		Complementos educativos	Información adicional	
	Características que debe cumplir la metodología para ser más efectiva.	Estructura del material	Clasificación Organización Orden Estructura	
		Gestión del tiempo	Mayor dedicación	
		Ejemplos prácticos y reales.	Mayores ejemplos prácticos Realidad	
	Aspectos motivacionales y emocionales generados por los recursos educativos.	Características de la actividad	Divertido Dinámica Diferente Novedoso	
		Aspecto practica	Favorece aprendizaje	
	Aprendizaje reflexivo dialogado	Contribución de la metodología al aprendizaje.	Reflexión	Pensar Profundizar
			Dialogo abierto	Naturalidad Sin miedo Reducir tabú Normalizar Miedos comunes
Perspectivas diversas			Conocer otros puntos de vista	
Competencias socioemocionales			Expresión emocional Comunicación sobre la muerte	
Características que debe cumplir la metodología para ser más efectiva		Tamaño del grupo	Pequeños	
		Ambiente inclusivo	No juzgar No criticar	
		Lenguaje y comunicación	Coloquial	
		Importancia instructora	Deja hablar Validez de todas las opiniones No cohibir	

	Aspectos motivacionales y emocionales generados por los recursos educativos	Gestión de la actividad	Participación voluntaria Oportunidad de participación Generar confianza
		Aplicación y utilidad	Expresión de pensamientos Apertura Sentimientos
		Emociones generadas	Intensidad emociones
Simulación	Contribución de la metodología en el aprendizaje	Enfoque a la realidad/práctica diaria	Situaciones reales Acercamiento realidad Aprendizaje experiencial Ponerte en la piel
		Interiorizar y reflexionar	Profundizar con la situación Interiorizar conocimiento Reflexión Conocer puntos débiles
		Competencias socioemocionales	Empatía, asertividad, comunicación, escucha activa
		Vinculación teoría-práctica	Aplicación de la teoría a la práctica
	Características que debe cumplir la metodología para ser más efectiva	Retroalimentación	Feedback posterior
		Diversidad de casos	Variabilidad casos Improvisación Situaciones nuevas Sin guion
		Número de sesiones	Ofertar más sesiones Actividad más amplia Reducir formación teórica e incrementar práctica
		Tamaño del grupo	Pequeño
		Participación voluntaria	Incrementar la participación No obligar a participar
		Tiempo para la preparación de casos	Dedicar más tiempo
	Aspectos motivacionales y emocionales generados por los recursos educativos	Emociones bloqueadoras	Miedo, vergüenza, dudas, inseguridad, nervios
		Emociones facilitadoras	Diversión, atractiva, graciosa, diferente, dinámica
		Características de la actividad	Interesantes, utilidad, incrementa aprendizaje, ambiente protegido

C. Aula invertida

i. Tema: Contribución del aula invertida al aprendizaje

Para los estudiantes las *contribuciones* que percibieron de esta metodología para la formación de competencias socioemocionales relacionadas con el final de la vida fueron de índole conceptual: les ayudaba a llevar el temario al día, además las actividades que se realizaban en clase complementaban la información transmitida en el aula por el docente, servían de autoevaluación y resultaba útil para preparar el examen teórico.

“Nos ha servido para refrescar los conocimientos, llevar la materia al día y ver si estás preparado para hacer el examen” (ST1FG4)

ii. Tema. Características que debe cumplir el aula invertida para ser más efectiva.

Los estudiantes percibieron que esta metodología debía cumplir con ciertas características para ser más efectiva. Estas incluían el uso de materiales de aprendizaje que compartieran la misma estructura y no fueran demasiado extensos, el uso de ejemplos y casos prácticos, así como preguntas relacionadas con los intereses de los estudiantes. Además, referían que se debería establecer el suficiente tiempo para poder llevar a cabo las actividades con tranquilidad.

“Todos los temas estaban estructurados de la misma manera, entonces nos resultaba muy fácil estudiarlo” (ST4FG2)

“Los apuntes algún tema excesivamente largo” (ST1FG1)

“Me parece muy interesante, por ejemplo, que te preguntara en que querías profundizar tú. Pero creo que se necesita más tiempo para responderlo con tranquilidad” (ST9FG1)

iii. Tema. Aspectos motivacionales y emocionales generados por el aula invertida.

Entre los aspectos motivacionales y emocionales, los estudiantes mencionaron que se trataba de una metodología divertida, novedosa y “diferente”.

“A mí me parecía algo divertido y diferente para hacer en clase, para cambiar un poco”
(ST3FG3)

“A mí me parece útil, pero al final pues es menos dinámica respecto a las otras”
(ST4FG4)

En general, los beneficios percibidos del aula invertida fueron en línea con las expectativas. Los alumnos y alumnas lo valoraron como útil para el entendimiento de los conocimientos.

Además, proporcionó una experiencia de aprendizaje más activa, novedosa y participativa que las clases tradicionales.

A pesar de los aspectos positivos, también se destacaron algunas áreas de mejora, ya que, aunque informaron que disfrutaron del proceso de aprendizaje, señalaron que esta metodología era menos práctica que otras actividades y que carecía de la misma dinámica que las otras metodologías, lo cual podría considerarse como un resultado inesperado.

D. Aprendizaje reflexivo dialogado.

i. Tema. Contribución del aprendizaje reflexivo dialogado.

Las *contribuciones* que los estudiantes percibieron de esta metodología fue que les había ayudado a hablar con naturalidad sobre el tema, les había posibilitado conocer las opiniones de sus compañeros y les había permitido reflexionar y profundizar sobre el tema de la muerte,

“Me parece muy útil para nosotros en el día de mañana hablar con niños de estos temas, sabiendo las distintas perspectivas y formas de hacerlo y también entender cuál puede ser la óptima” (ST4FG4)

“Al haberle dado más naturalidad al tema, pues es más fácil introducir los conceptos en una conversación normal, no sé con tus amigos, con tu pareja o en tu casa” (ST9FG1)

“Te ayuda a pensar sobre ello y a profundizar” (ST9FG1)

Este enfoque les permitió sentirse más preparados para enfrentar conversaciones difíciles sobre la muerte y los cuidados al final de la vida con pacientes, familias y colegas en el futuro. Un aspecto único identificado tras el análisis de los datos cualitativos fue la percepción de que el aprendizaje reflexivo dialogado facilitó la discusión abierta sobre el tema y fomentó un ambiente de confianza donde todas las opiniones eran válidas.

- ii. Tema. Características que debe cumplir el aprendizaje reflexivo dialogado para ser más efectivo.

La *característica* que percibieron debería cumplir esta metodología para resultar efectiva fueron que el grupo de discusión fuera pequeño, que la persona que guiaba el grupo hiciese sentir que todas las opiniones eran válidas, que se fomentará el sentimiento de confianza en el grupo, que se impulsara profundizar en el tema y en el debate, así como que se utilizara un lenguaje sencillo, coloquial, cercano.

“Pues poder expresarme y decirlo porque no me sentía juzgada, era como tú, tu comentario es tan válido como el de la persona que tienes al lado” (ST5FG4)

“Si lo haces como una clase normal, simplemente sería la profesora, te suelta el rollo y con la misma y te vas para casa, no te dejaría el tiempo del debate, ni utilizarías un lenguaje más coloquial, que sería un lenguaje más técnico y yo creo que no sería lo mismo” (ST6FG1)

“El proyecto como lo dirige la profesora, ha sido maravilloso, porque te permite profundizar”. (ST2FG1)

- iii. Tema. Aspectos motivacionales y emocionales generados por los recursos educativos.

En cuanto a las emociones que experimentaron, además de considerar que se trataba de una metodología interesante, sintieron una experiencia y conexión emocional con el tema de la muerte que fue más intensa que con la metodología tradicional.

“Entonces el abordar ese tema con más gente y que cada uno contase un poco su experiencia o su parecer sobre la muerte, a mí personalmente me ayudó bastante. Incluso más de uno hizo que nos emocionásemos” (ST7FG2)

E. Simulación

La metodología de simulación tuvo un impacto significativo en las percepciones de los estudiantes sobre la educación en cuidados al final de la vida, al ofrecerles una experiencia más

inmersiva y significativa, lo que contribuyó a una mayor comprensión de los cuidados al final de la vida que deberán ofrecer en su futura práctica clínica.

i. Tema. Contribución de la simulación en el aprendizaje

Los y las estudiantes percibieron que la simulación les fue útil para vincular la teoría aprendida con la práctica. Gracias a esta pudieron tener un acercamiento a su futura práctica diaria, a interiorizar y reflexionar sobre el final de la vida gracias al debriefing, y a mejorar sus competencias sociales y emocionales. Tras los escenarios de simulación los estudiantes pudieron reconocer áreas de sus competencias socioemocionales donde debían mejorar, especialmente en la comunicación, la empatía y la toma de decisiones. Este proceso de autoevaluación y reflexión les permitió desarrollar esta habilidad de una manera proactiva. Adquirir este tipo de habilidades y competencias refuerza su autoconfianza y autoeficacia para ofrecer una atención compasiva y efectiva a los pacientes en la etapa final de su vida.

“Una aproximación a la realidad. Nunca va a llegar a ser un cien por cien de lo que realmente nos vamos a encontrar en la calle, pero no deja de ser una aproximación, una orientación, una estimación de lo que realmente, o sea, nos hacemos una idea de lo que nos vamos a encontrar, realmente nos ubicamos” (ST2FG4)

“Puedes conocer tus puntos débiles. A ver, me explico, a lo mejor tienes una habilidad social que se te da mal y con esa práctica, puedes mejorarla y ya luego cuando estés con el paciente ya sabes cómo actuar, cómo hablar con él. Entonces tanto profesionalmente como personalmente yo creo que esas prácticas hacen crecer a la persona “ (ST1FG4)

“Ayuda a entender a la otra persona, a ser empático o a saber contestar con asertividad” (ST5FG4)

ii. Tema. Características que debe cumplir la simulación para ser más efectiva.

Las *características* que percibieron deberían tener esta metodología para incrementar su eficacia fueron ofrecer feedback en cada sesión, proporcionar casos variados, no muy estructurados ni guionizados, incrementar el número de sesiones, realizar las sesiones en grupos pequeños, fomentar la participación voluntaria y dar tiempo para la preparación de los casos

“La profesora nos hizo feedback de cómo lo podíamos haber enfocado y en qué podríamos haber mejorado, entonces también eso me gustó mucho”. (ST2FG3)

“Creo que estaba todo muy estructurado y al estar tan estructurado no aprendías realmente como enfrentarte realmente a la situación, solo te aprendías un diálogo y ya está, desde mi punto de vista”. (ST1FG3)

“No ha podido salir todo el mundo a los simulacros y quizás pues más clases prácticas de ese estilo y en grupos más pequeños habría sido mejor” (ST4FG4)

- iii. Tema. Aspectos motivacionales y emocionales generados por los recursos educativos.

En cuanto a las emociones que los participantes experimentaron después de completar el programa, aunque evocó emociones como vergüenza, nerviosismo, inseguridad y miedos, lo encontraron divertido, útil e interesante. Estas emociones pudieron haber sido más intensas de lo esperado y podrían haber afectado la participación y el rendimiento de algunos estudiantes.

“Al principio, tenía muchísima vergüenza” (ST2FG3)

“Me ha servido porque estaba rodeada de compañeros que estaban viviendo tu misma situación de nervios y a lo mejor te sentías un poco más apoyado” (ST3FG3)

“Entonces la inseguridad nos frena a querer salir a la simulación y participar, en mi opinión”. (ST6FG4)

“Desde el principio sales con todos los miedos y dudas” (ST5FG4)

“La metodología que se ha usado este año para mí ha sido útil” (ST5FG4)

A pesar de estos desafíos, la mayoría de los estudiantes valoraron positivamente la experiencia de simulación y reconocieron su importancia en el desarrollo de competencias socioemocionales para la educación en los cuidados al final de la vida (EoL).

La simulación les brindó la oportunidad de aprender de manera activa y participativa, lo que les permitió interiorizar los conceptos de cuidados al final de la vida de una manera más profunda y significativa.

FASE II. II. “Un estudio de métodos mixtos que examina un programa de entrenamiento en habilidades socioemocionales basado en metodologías de aprendizaje activo en estudiantes universitarios de enfermería”

A continuación, se pasa a explicar la metodología y los resultados del segundo programa de entrenamiento (Tabla 10) basado en simulación para la adquisición de competencias socioemocionales realizado que completa la segunda fase de la tesis doctoral.

Ámbito de estudio:

El programa de formación en competencias socioemocionales se realizó en la asignatura de Psicosociales II impartida en el segundo curso del grado en Enfermería de la Universidad de Cantabria, durante los cursos académicos comprendidos entre 2022-2024.

Introducción metodológica

El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia de una intervención educativa (Ver anexo 4 y 5) enfocada en el entrenamiento de competencias socioemocionales. La investigación pretende continuar generando conocimiento con el fin de poder identificar si las metodologías activas son efectivas para el entrenamiento de las competencias blandas.

Tabla 10. Tabla resumen del programa en formación en competencias socioemocionales.

<i>Sesiones (duración)</i>	<i>Descripción</i>	<i>Metodología activa utilizada</i>	<i>Recursos educativos</i>
<p>SESIÓN 1.</p> <p>Presentación (4 H)</p>	<p>Presentar el programa. Evaluar las habilidades socioemocionales (evaluación pre). Identificar las ideas claves relacionados con las habilidades socioemocionales y crear un clima favorable de interacción.</p>	<p>Aula invertida y dinámicas de grupo</p>	<p>Antes de clase</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encuesta en línea • Vídeos interactivos • Apuntes de lectura <p>Durante la clase</p> <ul style="list-style-type: none"> • Charlas de profesionales • Actividades en grupo relacionadas con el visionado de fragmentos de documentales en vídeo • Ejercicios dinámicos en grupo <p>Después de clase</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gamificación: Breakout, Kahoot. • Cuestionarios con preguntas sobre los apuntes
<p>SESIÓN 2.</p> <p>Entrenamiento en habilidades socioemocionales (8 h)</p>	<p>Fomentar la reflexión y el dialogo sobre situaciones de alta carga emocional y practicar habilidades de gestión emocional, empatía, comunicación verbal y no verbal asertiva y escucha activa.</p>	<p>Dialogo reflexivo</p> <p>Role-playing</p>	<p>Antes de la clase</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recreación de una situación simulada de convivencia con una enfermedad crónica

			<ul style="list-style-type: none"> • Asignación, seguimiento y registro de un «tratamiento» ficticio. <p>Durante la clase</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debate en grupo sobre la enfermedad crónica y la adherencia al tratamiento • Representación de una entrevista
<p>SESIÓN 3.</p> <p>Afrontamiento socioemocional en situaciones simuladas (8h)</p>	<p>Ensayar, en un contexto protegido, escenarios profesionales simulados que enfrentan al estudiantado a situaciones emocionalmente demandantes que requieran de habilidades socioemocionales (trabajadas en la sesión 2) para su afrontamiento saludable.</p>	<p>Simulación</p>	<p>Prebriefing</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normas y preparación para los participantes. Introducción al caso <p>Briefing</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resolución del caso <p>Debriefing</p> <ul style="list-style-type: none"> • Feedback sobre la simulación
<p>SESIÓN 4.</p> <p>Valoración programa (1 h)</p>	<p>Evaluar las habilidades socioemocionales (evaluación post) y el programa formativo.</p>	<p>Encuestas</p> <p>Grupos focales</p>	<p>Encuesta en línea</p> <p>Debates de grupo guiados y grabados en audio</p>

El diseño de investigación adoptado en este estudio fue el modelo de triangulación concurrente, caracterizado por integrar simultáneamente enfoques cuantitativos y cualitativos (273). Tanto los datos cuantitativos como los cualitativos se recogieron de manera simultánea. Esto permitió corroborar los resultados de ambos análisis y realizar validaciones cruzadas que pudieran aportar una mayor profundidad al análisis(274). Este enfoque no se limita exclusivamente a combinar resultados, sino que constituye una metodología adecuada para responder a los objetivos que se plantearon al inicio del estudio (275).

La elección de este diseño se fundamenta en la necesidad de abordar la complejidad inherente a la investigación en el campo de la educación, especialmente al estudiar fenómenos sociales dinámicos que requieren un análisis global (276) .

Gracias al enfoque mixto se aprovechan las fortalezas del método cuantitativo y cualitativo, lo que compensa las limitaciones que tiene cada uno de ellos (275). El enfoque mixto resulta muy útil para estudiar la realidad humana, ya que esta no se puede reducir a un conjunto de variables. La mezcla de enfoques permite un entendimiento más profundo y holístico del fenómeno investigado (275).

En resumen, esta aproximación metodológica permite conocer las vivencias y necesidades expresadas por los distintos alumnos y alumnas involucradas en la intervención realizada.

A. Diseño de la investigación cualitativa

Muestra y participantes en el estudio cualitativo

El muestreo, los criterios de inclusión y de exclusión fueron los mismos que se utilizaron en el primer estudio ya explicado en esta segunda fase.

Al finalizar el programa, se invitó a todos los estudiantes que habían participado (n=116) a unirse a los grupos focales de manera voluntaria y según su interés. El profesorado les había informado previamente de que la participación era voluntaria y les comunicaron las fechas previstas para los grupos focales. Un total de 46 estudiantes se inscribieron.

Técnicas de recogida de datos

Teniendo en cuenta la metodología descrita y necesidad de triangular los datos con diferentes instrumentos, las técnicas utilizadas para la recogida de datos cualitativos fueron los grupos focales y cuestionarios creados ad-hoc.

Los grupos focales son herramientas muy valiosas para la investigación cualitativa en salud. Esta técnica facilita la construcción colectiva de conocimiento, fomentando la reflexión grupal y permitiendo comprender mejor las prácticas relacionadas con la salud. Esto encaja con la tendencia actual en el campo de la educación en salud: pasar de una perspectiva centrada en el individuo a una más enfocada en el grupo social(277,278). Según Krueger “los grupos de discusión son una técnica de gran valor que nos permite obtener material cualitativo en relación con las diferentes motivaciones, opiniones, actitudes y percepciones de los participantes”. La interacción entre los diferentes participantes y el investigador constituye una parte esencial del método al permitir obtener información de gran importancia que se ve enriquecido al desarrollar su propio lenguaje, preguntas y conocimientos(278).

Según la bibliografía los grupos focales tienen 3 grandes aplicaciones: fuente principal de datos para una investigación, herramienta para evidenciar problemas invisibles o como complemento de otros métodos de recogida de datos(277,278).

Cabe destacar, que, al inicio del grupo focal, muchos participantes pueden sentirse cohibidos por saber que están siendo grabados. Sin embargo, a medida que avanza la dinámica, la grabación suele pasar a ser secundaria y deja de influir en las interacciones. Los participantes, poco a poco, comienzan a sentirse más cómodos e interactúan con más naturalidad.

Antes de la realización de los grupos focales se entregó el documento informativo y se pidió su consentimiento. También, para su correcta realización, se realizó un guion (Tabla 11 y anexo 6) y se organizó cada grupo focal de acuerdo con que tuvieran una duración y número de participantes adecuada para recopilar la mayor y mejor información posible(277).

Para este estudio se realizaron 6 grupos focales en febrero de 2023 y en diciembre de ese mismo año, al finalizar los programas formativos. Tuvieron una duración de 40-60 minutos, fueron dirigidos por dos miembros del equipo de investigación, ambas mujeres y con experiencia en investigación cualitativa, que no habían participado en la implementación del programa de entrenamiento.

Tabla 11. Guion grupo focal

¿Qué habilidades socioemocionales creéis que habéis adquirido o habéis fortalecido con las distintas metodologías empeladas?
¿Qué emociones y reflexiones os han despertado las distintas metodologías?
¿Qué ventajas e inconvenientes en el entrenamiento en habilidades socioemocionales atribuyes a las diferentes metodologías?
¿Qué condiciones creéis que debe cumplir una metodología para entrenar habilidades socioemocionales?
¿Qué sugerencias de mejora para cursos sucesivos proponéis para el programa de entrenamiento de habilidades socioemocionales?
¿Hay algo más que deseéis comentar y que no os hayamos preguntado?
¿Alguna idea que aportar que consideréis que mejoraría la metodología empleada para la formación en habilidades socioemocionales? ¿Cuál sería y por qué la proponéis?
¿Hay cualquier otra cuestión que queráis comentar y no hemos hablado?

Análisis de los datos cualitativos

El análisis de los datos cualitativos implicó organizar el material empírico con el fin de poder estructurar, comparar y dar significado a los discursos de los participantes, para interpretarlos y entender el fenómeno a estudio. Todo este proceso consiste en clasificar toda la información recopilada, reduciéndola e identificando patrones relevantes que puedan responder a los objetivos y la pregunta de investigación.

Como refiere Berenguera et al. (2014) es un trabajo que requiere flexibilidad, un enfoque circular y seguir una metodología rigurosa, que permita ir desde una descripción detallada hasta la interpretación más profunda. Por ello, el propósito final del análisis cualitativo es descifrar el significado de los datos para comprender mejor la realidad que se está estudiando(279).

Los grupos focales y los cuestionarios se transcribieron de forma literal para no perder el contenido de la información y asegurando en todo momento preservar el anonimato de los estudiantes. Una vez transcrito se comprobó con el audio original para no perder información y así asegurar la calidad de estas. Con los datos del primer grupo focal se realizó un pequeño análisis para valorar la calidad de los mismos con el objetivo de rediseñar el guion de los grupos focales posteriores en caso necesario.

Para el análisis de datos cualitativos, se utilizó el método de análisis temático en seis fases propuesto por Braun y Clarke (2006) (266) que ha sido utilizado también en el estudio cualitativo y ya ha sido previamente descrito.

Cabe destacar que el proceso de la categorización fue de tipo mixto ya que se partió de categorías amplias, que estaban relacionadas con el objetivo de la investigación, pero que se fueron ampliando con las que emergían inductivamente del propio análisis temático, implícito en la investigación cualitativa. El árbol de codificación se encuentra en el anexo 7.

El proceso de análisis de datos fue llevado a cabo por dos autores y verificado por otros dos para minimizar errores y mejorar la credibilidad y confirmabilidad de la investigación(267). Las discrepancias se resolvieron mediante consenso entre los miembros del equipo. No se utilizó ningún software para el análisis cualitativo.

A lo largo de todo el análisis se ha tratado de garantizar que todas las categorías y subcategorías incluyeran toda la información relevante proporcionada por los y las estudiantes, utilizando frases significativas para ilustrarlas. Además, durante todo el proceso se ha realizado una comparación constante y sistemática de los datos, categorías y su relación entre ellas. Esto tenía como objetivo dotar de la mayor comprensión y significado la información obtenida (280).

Criterios éticos

Este proyecto fue aprobado el 21 de Julio de 2022 por el Comité de Ética de Proyectos de Investigación de la Universidad de Cantabria (000071).

Se informó a los participantes sobre los objetivos y procedimientos del estudio tanto verbalmente como por escrito, y firmaron un documento de consentimiento informado. Además, se advirtió a los participantes que podían retirarse del estudio en cualquier momento sin ninguna consecuencia a nivel académico.

Es importante a la hora de realizar un estudio proteger la privacidad y la confidencialidad de los participantes. Para ello, ninguno de los aspectos que surgieron durante los grupos focales, los resultados de los cuestionarios u otros datos derivados de las fases del proyecto fueron expuestos a terceras personas, a excepción de la supervisora de la investigación, es decir, la directora de la tesis. Además de esto, todos los datos recogidos fueron guardados de forma

segura, siendo la investigadora y la directora de la tesis las únicas con acceso a ellos. No se recopilaron datos sensibles de los participantes.

Con el fin de garantizar el anonimato y confidencialidad durante el proceso de análisis de datos y redacción de los resultados, los nombres reales de los y las alumnas que participaron fueron sustituidos por un código que seguía la siguiente nomenclatura: STxGx. La abreviatura "ST" referente a estudiante iba seguido de un número que se asignó al inicio del grupo focal, e iba seguido a las letras "G" referidos a Focal Group que fueron acompañados del número de Grupo Focal en el que habían participado. De esa forma, por ejemplo, el participante asignado como 1 en el grupo Focal 3 fue anonimizado con el código S1G3.

En cuanto a los cuestionarios utilizados para la triangulación de datos se utilizó la siguiente nomenclatura: STxQ1. Donde la abreviatura "ST" correspondía de nuevo al estudiante seguido de "Q1" que se refiere al cuestionario. De este modo el estudiante de nombre ficticio Pedro que se le asignó el número 5 era codificado como ST5Q1.

Criterios de rigor científico

Uno de los aspectos fundamentales de cualquier investigación es garantizar el rigor científico. Por ello, en el presente estudio se ha prestado especial atención a preservar la rigurosidad, calidad, y la coherencia desde la recolección de los datos hasta su posterior análisis e interpretación (281). Además, se han aplicados los criterios de rigor científico desarrollados por Guba et al. (1981) de credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad (265).

Con el fin de perseverar los criterios de transferibilidad, consistencia-dependencia y confirmabilidad se han seguido los mismos pasos que los explicados en el apartado del estudio cualitativo. Las diferencias se clarifican a continuación.

Para reforzar la credibilidad se ha empleado la triangulación de métodos para recoger los datos (273). Se han utilizado grupos focales, escala validada y cuestionarios individuales creados ad-hoc. Cada una de estas herramientas proporcionó diferentes resultados que ayudaron a dar respuesta a los objetivos planteados en este estudio, gracias a la combinación de métodos cualitativos y cuantitativos.

Otro de los elementos que refuerzan la credibilidad del estudio es que, cuando se alcanzó la saturación de los datos, se dejaron de realizar grupos focales. Además, una vez obtenidos los resultados fueron discutidos con otros investigadores involucrados en el programa de innovación docente, con el fin de revisar tanto la información como la interpretación de los datos de los participantes.

B. Diseño de la investigación cuantitativa

Con el fin de identificar si el programa de entrenamiento resultó eficaz se realizó un estudio pre-post.

Muestra y participantes en el estudio cuantitativo

La población de estudio fueron todos los estudiantes matriculados en la asignatura de Psicosociales II durante los cursos 2022-2023 y 2023-2024 en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cantabria.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Ser estudiante de Grado en Enfermería en la Facultad de la Universidad de Cantabria.
- Estar matriculado en la asignatura de Psicosociales II durante el curso 22-23 o 23-24.
- No haber comenzado las prácticas en entornos de atención reales.
- Tener 18 años o más.
- Voluntad y disposición para participar en el estudio.
- Estar presentes en el aula en el momento de pasar el cuestionario HABICOM

Los criterios de exclusión fueron haber faltado a más de dos sesiones del programa de entrenamiento. Además, también fueron criterios de exclusión los estudiantes de traslado y todos aquellos estudiantes matriculados que hubieran realizado prácticas anteriormente ya que podría producir sesgos al proceder de otro centro universitario y haber tenido ya experiencia previa.

Variables del estudio

Las variables sociodemográficas recogidas fueron:

- Edad (en años).
- Sexo (masculino/femenino).

- Formación más alta que han finalizado (ciclo formativo, bachillerato o educación superior).
- Experiencia laboral actual (si/no).
- Formación en habilidades socioemocionales previa (si/no).

VARIABLES RELACIONADAS CON LA EFICACIA DEL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIOEMOCIONALES.

- Puntuación de los factores de la escala AP del cuestionario HABICOM.

Instrumentos y fuentes de información para la recogida de datos

Para la recogida de los datos se diseñó un cuestionario ad hoc online, formado por dos apartados; el primer apartado recogía la información sociodemográfica de los y las alumnas, y el segundo la escala de Autopercepción Personal del Cuestionario de Habilidades Comunicativas (104).

Estos datos fueron recogidos en dos momentos temporales de la formación: al inicio (pre) y una vez finalizadas todas las actividades del programa (Post).

Análisis de datos

Para el análisis de los datos cuantitativos todos los datos fueron introducidos en un EXCEL y posteriormente fueron analizados usando el programa SPSS versión 22.0.

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de todas las variables sociodemográficas recogidas en el cuestionario. Se calcularon las frecuencias y los porcentajes en las variables cualitativas y la media, y su desviación estándar (DE), para cada una de las variables cuantitativas.

Para comparar las puntuaciones pre y post intervención en los 8 factores de la subescala del cuestionario HABICOM, se utilizó la prueba T Student para muestras emparejadas. Se consideró que la diferencia entre las medias era significativa cuando el nivel de significación ($p \leq 0,05$).

c. Resultados

A continuación, se presentan los resultados de la investigación. Dado que el estudio es de diseño mixto los resultados han sido estructurados en dos apartados. Previamente a la descripción de los resultados se muestran todos los datos sociodemográficos de los participantes de cada fase del estudio con el fin de complementar los resultados que se han obtenido. Una vez que se han presentado por una parte los resultados cuantitativos y por otro lado los cualitativos se ha procedido a establecer una pequeña relación entre ellos con el fin de concluir los resultados globales de los estudiantes.

Datos sociodemográficos participantes diseño cuantitativo

La muestra la integraron 116 estudiantes de segundo curso, con una edad media de 20.89 años (DE=5.94, rango 18-52), mayoritariamente son mujeres (81%). En el 83.3% (n=97) de los participantes el bachiller era la formación más alta que habían finalizado, el 90.5% (n=105) no trabajadores en el momento de su participación en el programa (Tabla 12).

Tabla 12. Descripción de la muestra

Variables	n=116	%
Sexo		
Hombre	22	19
Mujer	94	81
Otro/s	0	
Formación más alta que has finalizado		
Ciclo formativo	14	12,1
Bachillerato	97	83,6
Educación superior (Grado + Máster)	5	4,3
¿Trabajas actualmente?		
Si	11	9,5
No	105	90,5
¿Has recibido formación en habilidades socioemocionales en anterioridad?		
Si	46	39,7
No	70	60,3

Evaluación de la efectividad de la simulación en la adquisición de competencias socioemocionales

La adquisición de habilidades fue evaluada mediante el cuestionario HABICOM. A continuación, se van a detallar los resultados obtenidos al realizar el análisis con el estadístico de T Student utilizado para estudiar la diferencia de medias de las puntuaciones pre y post de los 8 factores de la escala AP del cuestionario HABICOM.

Al comparar las medias pre y post de todos los factores de la escala se obtuvo un incremento en la diferencia de media de todos los factores de la escala de AP (tabla 13).

Tabla 13. Diferencia de medias entre las puntuaciones pre y post de los 8 factores de la escala AP del cuestionario HABICOM

		Estadísticos							
		MOTIVACION POST-PRE	HCNV MEDIA POST-PRE	EMPATIA MEDIA POST-PRE	EXPRESION EMOCION MEDIA POST-PRE	EXP ORAL MEDIA POST-PRE	TRANSMISION INFORMATIVA MEDIA POST-PRE	COMUNICACION ABIERTA MEDIA POST-PRE	ESCUCHAM ESCUCHA MEDIA POST-PRE
N	Válido	116,00	116,00	116,00	116,00	116,00	116,00	116,00	116,00
	Perdido	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Media		0,09	0,22	0,10	0,08	0,20	0,24	0,17	0,18
Mediana		0,00	0,20	0,00	0,00	0,00	0,25	0,20	0,17
Desviación estándar		0,53	0,61	0,52	0,77	0,69	0,69	0,60	0,70
Mínimo		-1,17	-1,20	-1,75	-1,67	-1,75	-1,25	-1,20	-2,00
Máximo		2,33	2,20	1,50	2,33	2,75	2,00	2,00	2,00
Percentiles	25,00	-0,17	-0,15	-0,25	-0,33	-0,25	-0,25	-0,20	-0,33
	50,00	0,00	0,20	0,00	0,00	0,00	0,25	0,20	0,17
	75,00	0,46	0,60	0,44	0,67	0,50	0,75	0,40	0,67

EXP ORAL= Expresión oral; HCNV= Habilidad comunicación no verbal.

Sin embargo, se obtuvieron diferencias significativas en 6 factores de los 8 que integran la dimensión de la Autopercepción personal de este cuestionario (tabla 14): comunicación no verbal, comunicación abierta, transmisión informativa, expresión oral, empatía y escucha activa.

Tabla 14. T de Student de Muestras Emparejadas.

Factores de la escala HABICOM	Media	Desviación estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig.
			Inferior	Superior			
Generar Motivación	-,086	,534	-,184	,012	-1,740	115	,085
Comunicación No Verbal	-,217	,608	-,329	-,106	-3,851	115	,000
Empatía	-,097	,522	-,193	-,001	-2,001	115	,048
Expresión Emocional	-,080	,771	-,222	,061	-1,124	115	,263
Expresión Oral	-,196	,688	-,323	-,070	-3,069	115	,003
Transmisión Informativa	-,239	,687	-,366	-,113	-3,750	115	,000
Comunicación Abierta	-,172	,601	-,283	-,062	-3,091	115	,003
Escucha	-,175	,697	-,303	-,047	-2,708	115	,008

Para dar respuesta al objetivo planteado de analizar si existen diferencias significativas en la mejora de estas habilidades entre las variables sociodemográficas de los participantes se segmentaron los datos (tabla 15) en función del género, la edad, la formación previa en competencias socioemocionales y en poseer un empleo en el momento del entrenamiento. Los resultados que se obtuvieron son los detallados a continuación:

Al comparar las puntuaciones según el género se encontró que las mujeres presentaron una mejora significativa en las habilidades de generar motivación ($T=2.19$, $p=0.031$), comunicación no verbal ($T= 3.46$, $p=0.001$), empatía ($T=2.10$, $p=0.038$), expresión oral ($T=3.43$, $p=0.001$), transmisión informativa ($T=3.51$, $p=0.001$), comunicación abierta ($T=2.72$, $p=0.008$) y escucha ($T=2.23$, $p=0.028$). En cambio, en los hombres no se obtienen diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los 8 factores que componen la escala.

Al realizar la comparación de las medias según la edad se observó que los estudiantes ≤ 19 años obtuvieron mejoras estadísticamente significativas en la comunicación no verbal ($T=3.82$, $p = 0.000$), empatía ($T=2.49$, $p = 0.015$), expresión oral ($T=2.36$, $p = 0.021$), transmisión informativa ($T=3.19$, $p = 0.002$), comunicación abierta ($T=2.86$, $p = 0.005$) y escucha ($T=2.48$, $p = 0.015$). Sin

embargo, en el grupo de los y las estudiantes ≥ 20 años no hubo una mejora estadísticamente significativa en ninguno de los factores evaluados.

Por otra parte, también se realizó una comparación de medias según la formación educativa previa de los participantes. Aquí se encontró que los estudiantes que solo tenían bachiller mostraron una mejora estadísticamente significativa en 6 factores de la escala AP: comunicación no verbal ($T=3.53$, $p=0.001$), empatía ($T=2.40$, $p = 0.019$), expresión oral ($T=2.66$, $p = 0.009$), transmisión informativa ($T=3.47$, $p = 0.001$), comunicación abierta ($T=3.14$, $p= 0.002$) y escucha ($T=2.73$, $p= 0.008$).

Por último, se compararon también las medias según si se encontraban trabajando o no en el momento de recibir la formación. Los datos demostraron, nuevamente, que los y las alumnas que no tenían un empleo mejoraron significativas en 6 factores de la escala: comunicación no verbal ($T=3.77$, $p = 0.000$), empatía ($T=2.16$, $p = 0.033$), expresión oral ($T=2.89$, $p = 0.005$), transmisión informativa ($T=3.38$, $p = 0.001$), comunicación abierta ($T=2.97$, $p = 0.004$) y escucha ($T=2.73$, $p = 0.008$).

En conclusión, el análisis cuantitativo de todos estos datos sugiere que la formación basada en simulación y otras metodologías activas ha tenido un impacto positivo en la adquisición de competencias socioemocionales. Teniendo especial efectividad en mujeres con 19 años o menos, cuya máxima formación hasta el momento es el bachiller y que no se encontraban trabajando en el momento de la formación.

Tabla 15.T de Student de Muestras Emparejadas Según Variables

Variables	Hombre		Mujer		Ciclo formativo		Bachiller o superior	
	(Media ± DT)	Sig. (bilateral)	(Media ± DT)	Sig. (bilateral)	(Media ± DT)	Sig. (bilateral)	(Media ± DT)	Sig. (bilateral)
Generar Motivación	-0,06 ± 0,52	0,589	0.12 ± 0.53	,031	0.08 ± 0.89	,732	0.09 ± 0.47	,066
Comunicación No Verbal	0,22 ± 0,61	,110	0.22 ± 0.61	,001	0.30 ± 0.75	,157	0.21 ± 0.59	,001
Empatía	0,01 ± 0,45	,906	0.12 ± 0.54	,038	-0.07 ± 0.62	,671	0.12 ± 0.51	,019
Expresión Emocional	0,00 ± 0,90	1,000	0.10 ± 0.74	,198	-0.02 ± 0.66	,895	0.09 ± 0.79	,227
Expresión Oral	0,00 ± 0,69	1,000	0.24 ± 0.68	,001	0.36 ± 0.87	,149	0.17 ± 0.66	,009
Transmisión Informativa	0,16 ± 0,57	,204	0.26 ± 0.71	,001	0.23 ± 0.61	,177	0.24 ± 0.70	,001
Comunicación Abierta	0,16 ± 0,47	,135	0.18 ± 0.63	,008	0.10 ± 0.71	,609	0.18 ± 0.59	,002
Escucha	0,24 ± 0,72	,130	0.16 ± 0.69	,028	0.10 ± 0.77	,650	0.19 ± 0.69	,008

*Continuación tabla página siguiente

Variables	Formación Previa		Sin formación previa		Edad ≤ 19 años		Edad ≥ 20 años		Trabajando en la actualidad		No trabajando en la actualidad	
	(Media ± DT)	Sig. (bilateral)	(Media ± DT)	Sig. (bilateral)	(Media ± DT)	Sig. (bilateral)	(Media ± DT)	Sig. (bilateral)	(Media ± DT)	Sig. (bilateral)	(Media ± DT)	Sig. (bilateral)
Generar Motivación	0.10 ± 0.56	,227	0.08 ± 0.52	,012	0.07 ± 0.49	,197	0.14 ± 0.66	,259	0.08 ± 0.49	,616	0.09 ± 0.54	,101
Comunicación No Verbal	0.27 ± 0.62	,006	0.19 ± 0.60	,041	0.24 ± 0.59	,000	0.15 ± 0.68	,253	0.09 ± 0.38	,450	0.23 ± 0.63	,000
Empatía	0.05 ± 0.55	,510	0.13 ± 0.50	,357	0.14 ± 0.54	,015	-0.05 ± 0.45	,605	-0.05 ± 0.43	,733	0.11 ± 0.53	,033
Expresión Emocional	0.07 ± 0.71	,534	0.09 ± 0.82	,026	0.14 ± 0.80	,112	-0.10 ± 0.67	,456	-0.09 ± 0.78	,706	0.10 ± 0.77	,194
Expresión Oral	0.24 ± 0.79	,045	0.19 ± 0.62	,030	0.17 ± 0.66	,021	0.30 ± 0.79	,057	0.21 ± 0.69	,347	0.20 ± 0.69	,005
Transmisión Informativa	0.32 ± 0.66	,002	0.19 ± 0.70	,009	0.24 ± 0.69	,002	0.25 ± 0.68	,061	0.36 ± 0.72	,124	0.23 ± 0.70	,001
Comunicación Abierta	0.13 ± 0.56	,135	0.20 ± 0.63	,035	0.18 ± 0.57	,005	0.16 ± 0.63	,219	0.16 ± 0.65	,423	0.17 ± 0.60	,004
Escucha	0.17 ± 0.69	,109	0.18 ± 0.71	,109	0.19 ± 0.72	,015	0.13 ± 0.64	,286	0.06 ± 0.65	,762	0.19 ± 0.70	,008

Resultados cualitativos

Los grupos focales que se realizaron con los y las alumnas del Grado en Enfermería han permitido conocer sus perspectivas, experiencias, inquietudes e incluso se ha podido destacar los aspectos, que, bajo su opinión, son claves para que la formación en competencias socioemocionales sea efectiva.

Al finalizar el programa formativo se llevaron a cabo 6 grupos focales (2 en el curso académico 2022-2023 y 4 en el 2023-2024) en los que participaron 44 estudiantes con una media de edad de 22.5 años (de=7,45) y donde el 81,81% fueron mujeres (n=36)

Tras realizar el análisis cualitativo de los 6 grupos focales se identificaron los temas y categorías que se detallan en la tabla 16.

A lo largo de este epígrafe se procede a presentar los temas junto con los resultados más significativos extraídos de la transcripción de los grupos focales. Las unidades de significado de los participantes más relevantes para cada tema se mencionan a lo largo del texto y se detallan en la tabla 17.

Tabla 16. Temas emergentes del análisis cualitativo del estudio mixto

Tema nº 1	Aprendizaje experiencial
Tema nº 2	Habilidades socioemocionales entrenadas
Tema nº 3	Emociones experimentadas
<ul style="list-style-type: none">• Subtema• Subtema	<ul style="list-style-type: none">• Positivas• negativas
Tema nº4	Sugerencias de mejora

1. Tema: Valor del aprendizaje experiencial

Los alumnos valoraron principalmente que la simulación les permitió aprender a través de la experiencia. Les pareció una herramienta atractiva por su realismo y por la similitud con la vida real de los casos que representaron (Q1). Además, también expresaron que fue muy útil porque les permitió entrenar situaciones desafiantes al reflejar los casos retos socioemocionales que pueden suceder en su futuro entorno laboral (Q2).

También apreciaron el dinamismo de las actividades (Q3-4) y el aprendizaje personalizado (Q5) que recibieron. En relación con el aprendizaje, expresaron que gracias a la simulación pudieron aprender tanto de sus propios errores como los de otros compañeros (Q6) y de las interacciones

con sus compañeros e instructores (Q7). Todo esto enriqueció, según los participantes, su aprendizaje para su vida personal y profesional (Q8-9).

En cuanto al aula invertida opinaron que era muy útil y divertida para trabajar el contenido teórico (Q10). Además, destacaron que a través del dialogo reflexivo pudieron conocer la perspectiva y opiniones de sus compañeros y compañeras (Q11), les ayudó a reflexionar (Q12), y especialmente a expresar sus opiniones sin sentirse juzgados (Q11). En relación a esto último, el alumnado expresó que el moderador o moderadora jugaba un papel relevante al insistir que no hay opiniones “correctas” e “incorrectas” (Q13).

2. Tema: habilidades socioemocionales entrenadas

El alumnado destacó que el programa realizado, y en especial el dialogo reflexivo, el role-playing y la simulación ayudó a mejorar sus competencias socioemocionales. Además, percibieron que estas competencias son muy importantes para prestar una buena atención tanto a los y las pacientes como a sus familiares. Reflejaron que gracias al entrenamiento realizado mejoraron su capacidad de gestión emocional (Q14), la comunicación efectiva (Q15), la empatía (Q16), el trabajo en equipo (Q17) y la resolución de conflictos (Q18).

3. Tema: emociones experimentadas

Durante el programa formativo, los y las estudiantes experimentaron una amplia gama de emociones (ilustración 17), tanto negativas (incertidumbre, miedo, vergüenza y nerviosismo) como positivas (tranquilidad, apoyo, satisfacción, realización y diversión).

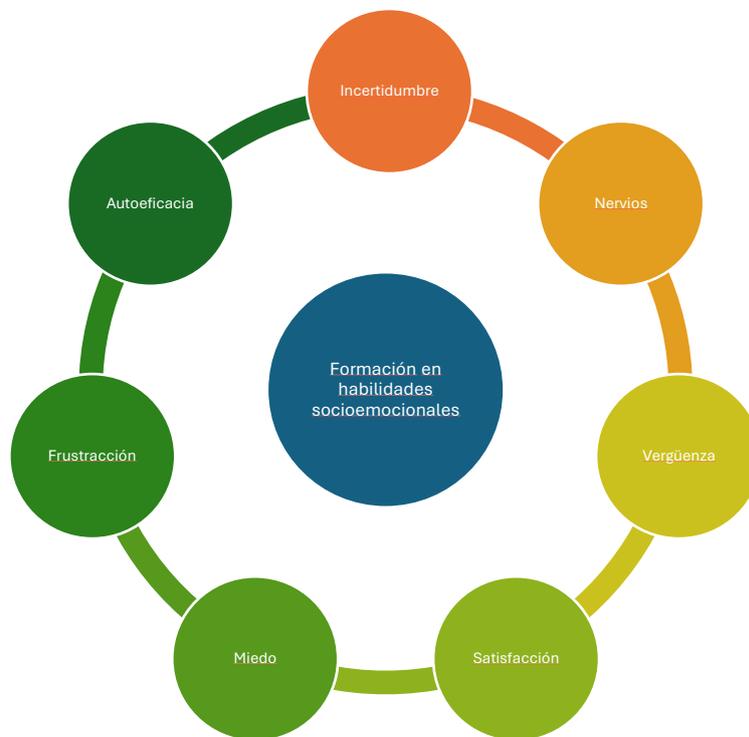
Si bien es verdad que el estudiantado valoró trabajar en grupos pequeños (Q19), algún o alguna participante señaló que la presencia de compañeros a la hora de participar en los casos propuestos podía generar vergüenza (Q20) y temor a ser juzgados o ridiculizados por cometer algún fallo (Q21).

Además de estas emociones, tanto con el role-playing como con la simulación el alumnado sintió incertidumbre (Q22), nerviosismo, miedo y frustración (Q23 y 24). A pesar de ello, reflejaron que, con la práctica, el estudiantado se sintió más tranquilo y actuó de manera más natural (Q25).

A lo largo del análisis del discurso también se destaca que el estudiantado expresó preocupación ante las futuras prácticas clínicas, especialmente en situaciones difíciles como la muerte y el manejo de la culpa antes errores percibidos(Q26). En relación con esto solicitaron más simulaciones porque consideraron que estas les ayudaban a sentirse mejor preparados para hacer frente a estas situaciones citadas (Q27).

Respecto a las emociones positivas los estudiantes destacaron el fortalecimiento de las relaciones con sus compañeros al sentirse apoyados durante las actividades prácticas (Q28) y se sintieron satisfechos y realizados cuando terminó el programa (Q29). Finalmente, subrayaron que fue forma divertida de aprender (Q30) que les ayudó a salir de su zona de confort (Q31).

Ilustración 17. Emociones experimentadas por los y las alumnas participantes en el programa



Fuente: elaboración propia

4. Tema: sugerencias de mejora

La mayoría de los y las estudiantes sugirieron que debería aumentarse el tiempo de duración del programa en formación en competencias socioemocionales. Creen que si hubiesen tenido más tiempo podrían haber profundizado más en los temas que trataron y entrenar mejor así las competencias trabajadas (Q32-33).

Los y las estudiantes consideraron importante que durante las sesiones de simulación se mantuviesen los mismos grupos pequeños (Q34-35). Además, perciben como imprescindible trabajar con casos reales, tanto comunes como inusuales (Q36-37). Además, señalaron que el profesorado debe adaptar los casos simulados para los estudiantes más tímidos (Q38).

El alumnado coincidió además en que la simulación era una herramienta muy valiosa como escalón previo al inicio del prácticum en entornos reales (Q39-40).

En resumen, la mayoría de los alumnos y alumnas coincidieron en que sería muy beneficioso reducir el contenido teórico de la asignatura y aumentar las sesiones de simulación (Q41).

Tabla 17. Temas y unidades de significado estudio de enfoque mixto

Tema	Frase en el texto	Unidades de significado	Participante
i. Valor del aprendizaje experiencial	Q1	" La simulación se parece mucho a la vida real"	ST1Q1
	Q2	"La simulación es más realista y nos permitió realizar casos en los que actuábamos como si fueras ya enfermero"	ST5Q1
	Q3	"Es más realista y dinámica, tienes que apañártelas tu sola con tu compañero para resolver la situación con la mayor eficacia"	ST7Q1
	Q4	"Se te va el tiempo mucho más rápido viendo a tus compañeros y representándolos tú que, por ejemplo, estudiándote diez páginas de teoría"	ST5G3
	Q5	"Y sí que es verdad que sirve muchísimo para tú ponerte en situación y para saber qué harías, qué no harías y que cada vez lo vayas haciendo como un poco mejor, permitiendo adquirir nuevas habilidades y conocimientos aplicables tanto al contexto personal como profesional"	ST5G2
	Q6	"Yo creo que lo que aprendemos aquí también se puede llevar a nuestra vida cotidiana y hasta ver, tratar con todo tipo de personas y a saber comunicarte con la gente y afrontar situaciones de una manera pues... más adecuada"	ST4G3
	Q7	"Y que es más personal. Más... Tú has fallado en esto, tú tienes que corregir esto porque igual si generalizamos pues ella tiene un fallo, él tiene otro fallo... Pero el fallo mío es el que me interesa al final"	ST8G2
	Q8	"...No sólo con tus fallos, aprendes también con los fallos de los demás y de los errores cometidos"	ST6G2
	Q9	"Y sí que lo más importante para mí fue que después poder ver lo que hice mal, que me lo dijeron mis compañeros, y lo que hice bien también, pero sobre todo por si vuelvo a estar en esa situación o tendría que volver a representar otra simulación, sabría qué cosas ya no tengo que hacer."	ST2G3
	Q10	"era una manera entretenida de un poco repasar todos los temas que hemos visto y yo creo que en ese sentido sí que ha sido útil"	ST4G6
	Q11	"Si bueno, me parece una actividad muy humana y en la que vamos hemos podido trabajar la empatía y el respeto y si ha sido muy interesante conocer"	ST4G6

		<i>los puntos de vista ya que cada uno pues piensa una cosa distinta y todas o sea todos los pensamientos son respetables”</i>	
	Q12	<i>“Reflexionar con los comentarios de los demás pues me pareció algo muy muy interesante”</i>	ST3G6
	Q13	<i>“La profesora ha creado confianza para que pudiéramos opinar sin miedo y nos abriéramos a expresar libremente lo que opinábamos sin miedo a responder bien o mal”</i>	ST3G5
ii. Habilidades entrenadas	Q14	<i>“Y es para nuestra profesión que al final, al cabo, lo más importante es tener relación con el paciente y saber cómo llevar tus emociones y cómo entender las emociones de los pacientes y saber llevarlo nos ha ayudado bastante las simulaciones y los roleplay “</i>	ST4G2
	Q15	<i>“La escucha activa. Porque es que siempre hacíamos mal eso. Y es lo que nos habéis corregido. Un montón. Siempre hacíamos preguntas. . Preguntábamos y claro, no dejábamos hablar a la otra persona. Y siempre nos corregáis eso”</i>	ST4G3
	Q16	<i>“...Aprendes a saber decirle -no sé cómo te sientes, pero si necesitas ayuda, aquí estoy. Si necesitas hablar o lo que sea, aquí estoy. Me puedes llamar. Entonces, yo eso, antes de practicarlo ... no lo hubiera pensado”</i>	ST5G3
	Q17	<i>“Tienes que trabajar en equipo con tus compañeros ... tienes que trabajar con tus compañeros, que es lo que más probable nos vaya a pasar en el futuro. Y al final cada uno tiene unas ideas y al final tienes que acabar poniéndote de acuerdo”</i>	ST5G3
	Q18	<i>“... Siempre nos centramos en encontrar la raíz del problema, pero realmente lo que había que pensar era en cómo evitar o solucionar ese problema. ... Y con el role-play si creo que hemos solucionado al menos algo”</i>	ST3G3
	iii. Emociones experimentadas	Q19	<i>“Yo creo que al final trabajando con grupos pequeños te abres mucho más. Y, por ejemplo, en mi caso, ahora justo también está, siempre como que nos ponen en el mismo grupo y al final coges más confianza y te permites soltar a hablar temas que en otras circunstancias no”</i>

	Q20	<i>“Al representarla, pues sí que te da como más corte,</i>	<i>ST5G3</i>
	Q21	<i>“un poco de vergüenza, pero claro. Yo creo que es más que nada porque sé que me están grabando, sé que en mi clase me están viendo, sé que si hago algo mal siempre va a haber el gracioso que se ponga a reírse”</i>	<i>ST8G1</i>
	Q22	<i>“Al principio la simulación es más intensa, yo creo, pero por la incertidumbre o los nervios”</i>	<i>ST4G3</i>
	Q23	<i>“... Pone muy nerviosa porque tú estás actuando, pero tienes a todas las clases mirándote”</i>	<i>ST4G3</i>
	Q24	<i>“Entonces no sabes ni cómo ponerte tú. Y ya no sabes ni cómo tratar al paciente. Entonces es como que te pones frustrado, te pones nerviosa, de todo”</i>	<i>ST2G2</i>
	Q25	<i>“... Pero al final lo acabas haciendo y cada vez con más naturalidad y calma”</i>	<i>ST5G3</i>
	Q26	<i>“A mí me da un miedo que se me muera un paciente y no saber cómo actuar”</i>	<i>ST8G2</i>
	Q27	<i>“Verlo igual en la simulación, pues si lo vamos viendo con los días, dándole más horas a la simulación, pues al final lo vamos a ver y vamos a estar más preparados o familiarizados”</i>	<i>ST7G2</i>
	Q28	<i>“En el role-playing tienes tus compañeros para apoyarte. Y si se te olvida algo, pues puedes apoyarte en ellos”</i>	<i>ST4G3</i>
	Q29	<i>“Yo creo que al final hay un aprendizaje e igual cuando sales te sientes realizado. Si lo has hecho y has conseguido aplicar lo que tú decías, mira, mi compañero este igual yo habría hecho esto, o al revés incluso, pero te sientes realizado por haber aplicado alguna técnica”</i>	<i>ST2G3</i>
	Q30	<i>“Es entretenido tanto prepararla como representarla”</i>	<i>ST5G3</i>
	Q31	<i>“Tienes que salir como un poco de tu zona de confort, porque si estás en clase y te dicen, bueno, tienes que hacer esto en esta situación, tal, tú te lo puedes aprender muy bien, pero luego no lo aplicas. O sea, cuando estás ahí en la situación de verdad es cuando de verdad notas, en plan, si lo que has aprendido te sirve para algo”</i>	<i>ST1G3</i>

iv. Sugerencias de mejora	Q32	<i>"Creo que hemos aprendido un poco de todo, ya que no ha habido demasiado tiempo para practicar todas las habilidades sociales"</i>	ST1Q1
	Q33	<i>"...Si lo vamos viendo con los días, dándole más horas a la simulación, pues al final lo vamos a ver y vamos a estar más preparados o familiarizados"</i>	ST7G2
	Q34	<i>"Al final, como siempre estamos, los mismos juntos... ya tenemos una confía entre nosotros, y yo creo que el ambiente así familia, por así decirlo, nos ha ido muy bien"</i>	ST4G2
	Q35	<i>"Yo creo que al final trabajando con grupos pequeños te abres mucho más. Y, por ejemplo, ... como nos ponen en el mismo grupo y al final coges más confianza y te permites soltar en temas que no hablarías en otras circunstancias"</i>	ST9G3
	Q36	<i>"Podrían poner casos reales tipo José Luis 12 años dolor crónico diagnosticado con ELA, está en revisión de una eutanasia tipo esto ha sido un caso real esto ha pasado así esta persona ha llegado a intentar quitarse la vida porque no puede vivir con estos dolores ... "</i>	ST4G1
	Q37	<i>"Te expongan casos que normalmente suele dar por sentado y piensas yo en esta situación actuaría así y luego te ves en esa situación frente a ella"</i>	FG2ST3
	Q38	<i>"Hay que enfocarlo un poco más también a las personas que son más tímidas"</i>	ST6G1
	Q39	<i>"Es mejor ir con algunas bases que lanzarte al vacío, y luego venir en psicosociales en tercero, y darte cuenta de que has hecho 20 cosas mal mientras estabas en las primeras prácticas"</i>	ST3G3
	Q40	<i>"Y si ahora nos formamos y aprendemos, y vemos qué cosas hacer en cada situación, luego lo vamos a saber aplicar"</i>	ST4G3
	Q41	<i>"... La simulación tendría que ser el eje de todo"</i>	FG1ST3

Combinación de los resultados cuantitativos y cualitativos.

Una vez realizado el análisis de los datos cuantitativos y cualitativos, se procede a presentar un pequeño análisis de la relación entre los resultados de ambos diseños con el objetivo de establecer resultados más sólidos (Tabla 18).

Al combinar los resultados de ambos enfoques se percibe que existe una relación clara entre los factores que obtuvieron mejoras estadísticamente significativas y las narrativas de los estudiantes. Especialmente en cuanto a la mejora de las habilidades de comunicación no verbal, empatía, expresión oral y escucha activa. Con relación a la comunicación no verbal, el análisis cuantitativo va en línea a las percepciones de los estudiantes. Estos señalaron que la simulación y el debriefing les ayudó a observar y aprender sobre su lenguaje corporal, especialmente los silencios y a mantener una adecuada distancia con el paciente. Con relación a la empatía, el análisis del discurso reforzó la importancia de este tipo de programas para entender y manejar las emociones, propias y ajenas. Esta habilidad tan importante para una adecuada relación terapéutica también se vio que tuvo mejoras significativas tras la realización del T de Student. En cuanto a la expresión oral los estudiantes complementaron los resultados cuantitativos subrayando que gracias al programa aprendieron a responder, a establecer conversaciones difíciles. Percibieron que todo esto les ayudo a mejorar la expresión de sus sentimientos y a negociar cuidados de salud. Por último, también se encontró conexión entre ambos análisis en la adquisición de la escucha activa. Según los y las alumnas esta habilidad, considerada fundamental, también pudieron moldearla con este programa. Aprendieron a escuchar a los pacientes sin interrumpir y sin buscar siempre una solución, entendiendo que a veces escuchar es el mejor cuidado que los enfermeros pueden ofrecer.

Tabla 18. Comparativa de los resultados de los diseños cualitativos y cuantitativos

Diseño cuantitativo	Diseño cualitativo
Factores de la escala de AP de con mejora estadísticamente significativa	Narrativas de los estudiantes
Comunicación no verbal	<ul style="list-style-type: none"> - "Y no verbal porque te graban y luego te ves (...)" (ST3G1) - "Que al final es como que te metes en la sala de simulación y dices (...) ¿y ahora qué digo? (...) que al final es que hemos aprendido todo hasta el lenguaje no verbal" (ST3G2) - " Y la comunicación no verbal. Sobre todo, dejar los espacios para que hable la gente" (ST3G1) - "He aprendido a respetar los silencios y la distancia personal" (ST7Q1)
Empatía	<ul style="list-style-type: none"> - "Para nuestra profesión (...) lo más importante es tener relación con el paciente y saber cómo llevar tus emociones y cómo entender las emociones de los pacientes y saber llevarlo nos ha ayudado bastante las simulaciones y los role-play" (ST4G2) - "Hemos aprendido a diferenciar el tener empatía con los pacientes con cruzar la línea y sentir, por ejemplo, que una muerte de un paciente es la de un familiar" (ST19Q1)
Expresión Oral	<ul style="list-style-type: none"> - "A mí me ha servido para aprender a qué decir según lo que el paciente te diga o cómo actuar según cómo ves que lo está llevando, lo de si te hace una pregunta es porque está listo para que le contestes. Eso me ha servido mucho porque yo siempre como que he pensado que, cosas desagradables, mejor no decirlas. Pero cuando de verdad las quieren saber, pues me ayuda mucho a saber qué sí lo tengo que decir y cómo responder ante estas situaciones" (ST4G2) - "He aprendido que no le puedo decir" (ST5G3) - "Hemos aprendido habilidades (...) para poder modificar la conducta, expresar los sentimientos, negociar, hacer frente a quejas y establecer objetivos" (ST6Q1) - "Hemos aprendido a saber expresarnos mejor" (ST8Q1) - "Hacer preguntas que faciliten la conversación fluida" (ST9Q1)

Escucha	<ul style="list-style-type: none">- " Hemos aprendido que nosotras buscamos darle una solución al paciente y hay veces que no hay solución. Que solamente tienes que escucharle y entenderle" (S6G3)- "escuchar, tomar la iniciativa, saber calmar al paciente" (ST5Q1)
----------------	--

Fuente: elaboración propia

Fase III. Retos socioemocionales de los enfermeros que trabajan en unidades especializadas: Un estudio de grupo focal.

A. Metodología

Diseño

Para alcanzar el objetivo de la fase 3 de esta tesis se diseñó un estudio cualitativo fenomenológico para indagar sobre los desafíos socioemocionales a los que se enfrentan las enfermeras que trabajan en unidades especiales en Cantabria.

Al igual que en la fase 2 el motivo por el que se ha escogido este diseño ha sido que la fenomenología permite conocer en profundidad las experiencias de las personas, incluido su contexto y su forma de describirlas (254).

Ámbito de estudio

Este estudio se ha llevado a cabo en la Comunidad Autónoma de Cantabria en el mes de diciembre del 2024.

Muestreo

Se utilizó un muestreo intencional entre las profesionales de enfermería que trabajaban en unidades especiales de la Comunidad Autónoma de Cantabria (unidades de cuidados hemato-oncológicos, urgencias, unidad de cuidados intensivos y urgencias extrahospitalarias/061).

La selección de estas unidades se debe a que, por sus características, la bibliografía refiere que puede suponer un desafío emocional y es necesario que los profesionales que presten cuidados en estas áreas cuenten con competencias socioemocionales que ayuden a hacer frente a todos estos desafíos (249,282–284).

Recogida de datos

Para la recogida de datos fueron realizados cuatro grupos focales donde participaron un total de 20 enfermeras. De nuevo en este estudio se optó por realizar grupos focales porque es una herramienta que permitía a las enfermeras compartir sus opiniones, reflexionar entre ellas y así

obtener nuevas ideas. Esto a los investigadores les sirve para explorar sus diferentes experiencias subjetivas sobre los desafíos socioemocionales a los que se enfrentan (261).

Con el objetivo de facilitar su asistencia y no perder muestra todos los grupos focales se realizaron online a través de Microsoft Teams. Las sesiones tuvieron una duración media de 60'. Todas ellas fueron grabadas en audio, para posteriormente ser anonimizadas y transcritas literalmente por la investigadora principal del estudio. Al transcribir los datos, se tuvo especial cuidado en garantizar que no se revelara ninguna información que pudiera identificar a los participantes de manera accidental.

Aunque durante el reclutamiento ya se explicó e informó del objetivo del estudio, antes de iniciar cada uno de los grupos focales se volvió a repetir, así como la estructura que se iba a seguir. Además, durante esta breve presentación se animó a las participantes a opinar sin miedo a ser juzgadas, a que hicieran las preguntas que creyeran pertinentes y que se expresaran todo lo que considerasen pertinente.

Antes de llevar a cabo los grupos focales, se preparó un guion (ver Anexo 8) que incluía una serie de preguntas para dar respuesta a los objetivos planteados. Estaban relacionadas con los desafíos socioemocionales a los que se enfrentaban, el impacto de estas situaciones en el trabajo, sus estrategias de afrontamiento y su percepción sobre la necesidad y diseño de formaciones en competencias socioemocionales para hacerlas frente. Aunque a lo largo de todos los grupos focales se intentó seguir el guion, en ocasiones se ajustó por la inducción de nuevos temas o por haber sido ya abordado previamente alguno de los temas previstos. Además, se les envió un cuestionario *ad hoc* a través de la web JotForm para recoger los datos sociodemográficos de interés (ver anexo 9)

El primer grupo focal se realizó el 9 de diciembre de 2024 por la mañana, con la participación de cinco profesionales. Esa misma tarde se realizó otro grupo focal con 4 enfermeras. El miércoles 11 de diciembre de 2024 se realizó un tercer grupo focal donde se conectaron 7 enfermeras. Por último, el último grupo focal se realizó el jueves 12 de diciembre con la asistencia de 4 participantes.

Análisis de datos

Para el análisis de los datos inicialmente se llevó a cabo una codificación deductiva basada en las preguntas del guion del grupo focal. A medida que surgían nuevos temas y patrones, se completó con una codificación inductiva. Para realizarlo se han seguido los seis pasos propuestos por Elo et al. (21): 1) escucha cuidadosa de la grabación; 2) transcripción literal de la entrevista; 3) lectura repetida de los datos para lograr una comprensión profunda y obtener una visión completa; 4) codificación de datos; 5) agrupación de códigos en subcategorías; 6) comparación y discusión de las subcategorías con los datos transcritos.

Dos autores generaron de manera independiente códigos iniciales como “angustia”, “enfrentamientos”, “inseguridad”, “tensión” utilizando un método manual de codificación por colores para resaltar diferentes conceptos. Todos estos códigos se compilaron en categorías y temas, que fueron discutidos extensamente entre ambos autores y un auditor externo. El árbol de codificación se encuentra en el anexo 10.

Tras finalizar el proceso de codificación, los resultados se analizaron por todo el equipo quienes posteriormente se reunieron para consensuar cuales eran los temas y categorías más relevantes. Para realizar este proceso de análisis cualitativo no se utilizó ningún software.

Criterios Éticos

Los participantes fueron informados de los objetivos y procedimientos del estudio tanto verbalmente como por escrito y firmaron un documento de consentimiento informado (Anexo 11). El estudio fue aprobado el 20-08-2024 por el Comité de Ética de Proyectos de Investigación de Cantabria (nº 2024.112).

Se garantizó el anonimato de los participantes y la confidencialidad de los datos en la difusión de los resultados. Previo a los grupos focales se informó a los participantes de que los datos serían anonimizados y dieron su consentimiento y compromiso de confidencialidad dentro del grupo. No se recogieron datos sensibles de los participantes. Solo los investigadores del estudio tuvieron acceso a las transcripciones obtenidas tras terminar los grupos focales. Se informó a los participantes de que podían retirarse del estudio en cualquier momento.

Con el fin de garantizar el anonimato y confidencialidad durante el proceso de análisis de datos y redacción de los resultados, los nombres reales de los y las enfermeras que participaron fueron sustituidos por un código que seguía la siguiente nomenclatura: OXFGX. La abreviatura "O" se refería a orador que iba seguido de un número que se asignó al inicio del grupo focal, e iba seguido a las letras "FG" referidos a Focal Group que fueron acompañados del número de Grupo Focal en el que habían participado. De esa forma, por ejemplo, el participante asignado como 1 en el grupo Focal 3 fue anonimizado con el código O1FG3.

Rigor científico

Al igual que en la fase 2 de esta tesis doctoral, el rigor de esta investigación cualitativa se basó en los estándares de credibilidad, transferibilidad, consistencia y confirmabilidad (265,268). Se utilizaron las siguientes técnicas: a) credibilidad: triangulación de los investigadores durante el análisis, b) transferibilidad: descripción exhaustiva de los antecedentes del estudio, el método de muestreo y el método de recolección y análisis de datos; c) consistencia y confirmabilidad: se utilizó una auditoría externa para verificar que los autores no sesgaran los hallazgos(286).

B. Resultados

De los 23 participantes reclutados para la realización del estudio, participaron en los grupos focales 20 enfermeros de unidades especiales de Cantabria. Dos de los participantes inscritos abandonaron debido a que les cambiaron el turno de trabajo y no pudieron conectarse, y el otro tuvo un problema de conexión a Internet de último momento que le hizo imposible unirse a la reunión.

Fueron realizados 4 grupos focales (9-12 diciembre 2024) siendo el 85% mujeres y el 15% restante hombres con una edad media de 34.7 (dt=+- 9,67) (Tabla 19).

Tabla 19. Variables sociodemográficas enfermeras participantes

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Nivel educativo	Grado	13	65,00%
	Máster	7	35,00%
	Total	20	100,00%
Universidad de formación¹	UC	13	65,00%
	UPS	1	5,00%
	UG	1	5,00%
	UCAV-MOMPIA	1	5,00%
	UVA	2	10,00%
	UPV	1	5,00%
	UCM	1	5,00%
	Total	20	100,00%
Formación previa en CSE	No	17	85,00%
	Si	3	15,00%
	Total	20	100,00%
Lugar de trabajo²	Extrahospitalaria	8	40,00%
	UCI	4	20,00%
	Onco-hematología/paliativos	6	30,00%
	Urgencias	2	10,00%
	Total	20	100,00%

1: UC= Universidad de Cantabria; UPS= Universidad Pontificia de Salamanca; UG= Universidad de Granada; UCAV-Mompía= Universidad de Ávila con sede en Hospital Mompía; UPV= Universidad del País Vasco; UCM= Universidad Complutense de Madrid

2: Extrahospitalaria= Servicio de Urgencias de Atención Primaria/ 061; UCI= Unidad de Cuidados Intensivos.

El análisis del discurso de los cuatro grupos focales identificó siete temas: 1/ situaciones emocionalmente demandantes, 2/factores que hacen estas situaciones emocionalmente demandantes, 3/emociones vinculadas a las situaciones demandantes, 4/ impacto en el desempeño y atención brindada, 5/ estrategias de afrontamiento, y 6/ necesidad de formación y recomendaciones derivadas de los profesionales.

Las citas de los participantes relevantes para cada tema se mencionan a lo largo del texto y se detallan en la Tabla 20 (Q1-Q73).

Tema 1: situaciones emocionalmente demandantes.

Los participantes resaltaron que las principales situaciones emocionalmente demandantes a las que se enfrentan en su día a día laboral son principalmente el contacto con el sufrimiento (Q1) y la muerte inesperada (Q2), el tener que informar sobre malas noticias (Q3) y los cambios bruscos en la salud (Q4). Estas situaciones se agravaban según ellos si sucede en pacientes jóvenes (Q5) y en el domicilio rodeado de los seres queridos(Q6).

Además, los participantes también expresaron que la sobrecarga laboral y emocional (Q7), los conflictos interpersonales (Q8), los cambios en la imagen corporal (Q9) y la vulnerabilidad en las situaciones críticas de los pacientes (Q10) eran otras de las situaciones que tenían bastante impacto emocional.

Tema 2: Factores que hacen estas situaciones emocionalmente demandantes.

Los participantes expresaron que existen diferentes factores que hacen que estas situaciones de su práctica laboral se conviertan en emocionalmente demandantes. Por un lado, refieren que se debe a que la muerte es aún un tabú en la sociedad occidental (Q11). Además, manifiestan que carecen de recursos (Q12) y de apoyo institucional(Q13). También, refieren que otro de los factores es las altas expectativas que se depositan en estos profesionales para responder ante ciertas situaciones críticas (Q14).

Por último, creen que el desconocimiento en muchas ocasiones del contexto del paciente y su entorno (Q15) así como la carencia de herramientas de autogestión emocional (Q16) provoca que estas situaciones supongan una carga emocional para estos profesionales.

Tema 3: Emociones vinculadas a las situaciones emocionalmente demandantes.

Durante el análisis del discurso se ha detectado que los participantes vivenciaron diferentes emociones al enfrentarse a estas situaciones de alta carga emocional. Expresaron principalmente que en la gran mayoría de ocasiones se sentían frustrados e impotentes por no poder salvar a los pacientes o sentir que no pueden realizar el trabajo de manera adecuada (Q17-Q19).

En otras ocasiones, las enfermeras mostraron que muchas de estas situaciones les producía tristeza y sentimientos de culpabilidad al percibir errores que cometieron por la presión y que

podían haber evitado en otra circunstancia (Q20). También vivenciaron emociones de rabia e ira por carecer de control de la situación y por bloquearse emocionalmente al no saber que decir a los pacientes y/o familiares (Q21).

Otros de los sentimientos que relatan es la inseguridad al llegar a una unidad asistencial por primera vez (Q22-23); el estrés por la falta de tiempo para atender de manera adecuada a los pacientes debido a la sobrecarga de tareas (Q24-26) y por asumir roles que exceden de sus competencias (Q27-28). Por último, la mayoría de ellas coincidieron en que les generó malestar el exceso de empatía al conectar con el sufrimiento de los pacientes y/o sus familiares (Q29).

Tema 4: Impacto en el desempeño y atención brindada.

Todos estos sentimientos y situaciones que se han citado anteriormente desencadenan que los enfermeros sientan que impactan en su desempeño laboral y en la calidad de la atención brindada al sentirse tensos, inseguros (Q30-31) y al disminuir su capacidad de atención y concentración al estar dando vueltas a la situación a la que se han enfrentado (Q32). Expresan también que les dificulta gestionar otras tareas después de hacer frente situaciones emocionalmente demandantes (Q33).

Otros profesionales expresan que esto les provoca cierto aislamiento emocional (Q34-36) y casi todos ellos coinciden en que la acumulación del desgaste emocional por la continua exposición a estas situaciones les provoca ansiedad, dificultad para dormir, incapacidad de no llevarse emociones a casa y problemas incluso con sus compañeros por la frustración (Q37-Q40).

Tema 5: Estrategias de afrontamiento.

Aunque los participantes expresaron que carecen de estrategias de afrontamiento ante estas situaciones (Q41-42) sí que alguno de ellos mencionó que les ayuda a lidiar el apoyo con los compañeros (Q43) y dar soporte emocional como mostrarse empáticos, dar abrazos y ofrecer consuelo (Q44-45). Además, algunos también refirieron que utilizan técnicas de relajación y autocuidado como hacer deporte, salir con amigos y hacer actividades después del trabajo para desconectar (Q46-47) les ayuda a gestionar estas situaciones.

Otros expresaron que les ayuda, aunque no creen que sea una estrategia efectiva, tomar distanciamiento emocional como intentar separar la vida personal de la profesional o dejar las situaciones a otro compañero (Q48-49).

Por último, otros profesionales refirieron que es importante en su día a día tener comprensión con uno mismo y aceptar que no siempre se puede estar al 100% (Q50).

Tema 6: Necesidad de formación.

Ante la carencia de estrategias de afrontamiento los profesionales destacaron que era necesaria la formación en habilidades socioemocionales para hacer frente a estas situaciones de alta carga emocional de la práctica diaria (Q52).

Refirieron que necesitan herramientas para manejar el estrés, gestionar el duelo y resolver conflictos (Q53). Además, creen que es necesaria la formación en competencias socioemocionales como el trabajo en equipo, la escucha activa, la gestión emocional, la empatía y las habilidades comunicativas. En esta última profundizaron específicamente en la comunicación efectiva, el manejo de la información médica, y dar malas noticias (Q54-Q57).

Tema 7: recomendaciones derivadas de los profesionales.

Ante las necesidades percibidas citadas anteriormente los profesionales proponen varias recomendaciones para hacerlas frente.

Por un lado, indican que es necesario herramientas de formación que sean tangibles y aplicables a situaciones reales, incidiendo en que deben ir más allá de la teoría (Q58-61). Creen que es importante el desarrollo de programas específicos en competencias socioemocionales con talleres que incluyan rol play y simulación (Q62-63).

Además, perciben como importantes espacios donde se favorezca la discusión a través de debriefings, foros donde se intercambien las experiencias tras las situaciones que han generado un elevado estrés o impacto socioemocional (Q64-68).

Además, creen que ante muchas situaciones sería útil desarrollar protocolos de comunicación médico-enfermera-paciente pues creen que son necesarios para definir hasta dónde llega la información que da enfermería y mejoraría la colaboración entre el equipo médico y los profesionales de enfermería (Q69).

Por último, anhelan la existencia de charlas donde los pacientes expongan sus experiencias(Q70), programas de integración laboral que promueva el fortalecimiento de la integración laboral y el trabajo en equipo (Q71), ambientes donde se puedan expresar las emociones y las opiniones (Q72); y la falta de sistemas de apoyo de supervisión emocional tras incidentes traumáticos derivados de la práctica laboral(Q73).

Tabla 20. Verbatines participantes análisis del discurso.

Referencia	Participante	Verbatines
Q1	O6FG1	<i>"El contacto constante con el sufrimiento o la muerte, sobre todo en situaciones en la que la muerte es violenta, repentina o de un niño".</i>
Q2	O8FG3	<i>"Algo que puede crear bastante estrés, inseguridad en el trabajo, en mi caso es porque me enfrento a siempre a muchos, muchas muertes violentas o inesperadas entonces "</i>
Q3	O2FG4	<i>"El informar, también a las familias de una situación grave o que ha empeorado (...) informar de una mala noticia"</i>
Q4	O2FG4	<i>"Los cambios en salud en cuestión de media hora. Pues es lo que yo creo que emocionalmente afecta"</i>
Q5	O4FG1	<i>"Sobre todo cuando son jóvenes y niños, el enfrentarte a los niños en situaciones trágicas con niños es horroroso, para mí es lo peor"</i>
Q6	O3FG1	<i>"No es lo mismo una casa rodeada de su familia o la mitad de la calle que en un hospital"</i>
Q7	O3FG3	<i>"Te falta tiempo para hacer 1000 cosas que quieres hacer, pero no te da"</i>
Q8	O2FG2	<i>"Conflictos internos, personales, con la gerencia, con compañeros y demás que también provocan un pequeño desorden emocional".</i>
Q9	O3FG2	<i>"Todo el tema del cambio del cuerpo con las operaciones (...) amputaciones y tal que tergiversan completamente la imagen corporal que tiene cada uno".</i>
Q10	O4FG2	<i>"Se les empieza a atacar por todos lados, que si la tensión, que si a pinchar... Muchas veces es gente mayor, los ves como que están... yo los noto super vulnerables".</i>
Q11	O2FG2	<i>"Creo que, en nuestra sociedad y cultura occidental, el tema de la muerte es un tabú e independientemente de la situación en la que se encuentre la persona, hay una dificultad para comenzar a gestionarlo o aceptarlo".</i>
Q12	O3FG2	<i>"Nos hace falta un poco más tanto dialéctica como didáctica en el caso de que nos preparen tanto para recibir como para emitir sentimientos en este tipo de situaciones tan sumamente especiales porque hay veces que te quedas tan cortado que no sabes qué decir o no tan preparado para ese momento".</i>
Q13	O6FG4	<i>"No tenemos ningún tipo de apoyo psicológico es después de un aviso así".</i>
Q14	O3FG1	<i>"Yo creo que porque también se espera de ti. O sea, quiero decir la familia de esa que está allí. Solo... espera que salves a su hijo y fuera".</i>
Q15	O4FG1	<i>"Y además, que es que una planta, tú conoces al paciente has tenido trato, conoces toda la situación familia. En una emergencia extrahospitalaria pues desconoces su entorno. ¿Entonces, saber enfrentarte a eso? Pues es complicado,</i>

		<i>porque por mucho que intentes, pues claro, no sabes en la relación que tienen. O sea, es un poco el entorno del desconocimiento del entorno al que vas".</i>
Q16	O2FG2	<i>"La falta de herramientas que puede llegar a tener las personas, tantos familiares, amigos, incluso los propios profesionales, para gestionarlo emocionalmente de la mejor forma posible"</i>
Q17	O4FG3	<i>"Frustración e impotencia de no saber cómo actuar lo que decir o cómo solucionar esos problemas que pueden surgir".</i>
Q18	O2FG2	<i>" La impotencia de ser incapaz de aliviar, aunque sea un poquito".</i>
Q19	O2FG4	<i>"Porque no puedes hacer nada a pesar de que has hecho todo y no se puede hacer más".</i>
Q20	O8FG3	<i>"Cuando se está realizando el trabajo no se debería de encontrar fallos o casi ningún fallo, en aunque demos lo mejor, siempre hay algo. Entonces esa frustración es como siempre, me crea mucha inseguridad decir ya bueno en el en el caso anterior, esta persona no ha salido de una parada, por ejemplo, porque al final hemos hecho esto mal".</i>
Q21	O2FG1	<i>"Pues sería nivel paliativo ya o directamente que ni siquiera esa línea de tratamiento le está funcionando entonces. Bueno, pues ahí es donde más bloqueada me quedo, quizá. O sea, porque me da miedo como afrontarlo".</i>
Q22	O2FG3	<i>"Lo que me afecta personalmente, lo que más me genera, un distrés emocional, a la hora de afrontar los turnos de trabajo, sobre todo es la relación que tenga con los compañeros de ese turno. Vale, sobre todo en las plantas donde tú llegas por primera vez o eres correturnos".</i>
Q23	O3FG1	<i>"Porque dices, ay, parece que soy aquí la tontuca que llega nueva, si no tienes ni idea de nada, como no tiene nada que ver y te da como miedo hablar".</i>
Q24	O2FG3	<i>"Cuando empiezas un nuevo al servicio, pues todo El Mundo sabe las dificultades que eso conlleva de no llegar a tiempo, en ocasiones, donde, aunque tú llevas muchos años de experiencia y piensas que puedes lidiar bien con todos los quehaceres de un turno, no llegas".</i>
Q25	O2FG4	<i>"Y a veces te enfrentas a las situaciones donde no ejerces bien tu trabajo, no haces los cuidados de manera óptima. Te falta tiempo para hacer 1000 cosas que quieres hacer, pero no te da".</i>
Q26	O4FG1	<i>"Y tienes al médico que está gritándote veintitrés cosas..."</i>
Q27	O6FG3	<i>"Es como que en mucha ocasión queda la parte médica, y que al final, el que tiene luego el primer contacto somos nosotros a quien preguntan sus dudas. Tampoco sabes hasta qué punto puedes explicar o no parte de ese diagnóstico. Si les ha quedado claro, pueden entender una cosa y la realidad puede ser diferente".</i>

Q28	O5FG3	<i>"Porque claro el médico, por ejemplo, a veces me pasa a mí que el dice, iniciamos de sedación, pero la familia no se lo dice. O le vamos a poner algo para que estés más tranquilo ya. ¿Sí, y a ti te preguntan, y qué le estás poniendo? Y cada cuando se lo vas a poner".</i>
Q29	O5FG3	<i>"Y tú ves que muchas veces hay un deterioro en esa persona. Y no sabes muy bien muchas veces como afrontarlo tanto como tú para hacer como una barrera en el sentido de que no te llegue a afectar tanto".</i>
Q30	O2FG1	<i>"Me afecta a nivel de la inseguridad, no, porque si tú entonces has afrontado una situación, primero que igual no controlas y todo lo que no controlamos es como que no nos sentimos cómodos en esa situación".</i>
Q31	O6FG2	<i>"Pues siempre con síndrome del impostor ... pienso que es mejor estar rodeada de compañeras enfermeras en un hospital, porque voy a volver a fallar una vía y no tendré a quien pedir ayuda..."</i>
Q32	O2FG3	<i>"Tras un aviso traumático me vuelvo muchísimo más suspicaz con todo lo que hemos realizado. Intento revisarlo todo en busca del margen de mejora... pregunto incluso por como entró la llamada y cosas "que no son de mi incumbencia"... Me consta que hay personas a las que no le ha gustado tanta pregunta y que muchos compañeros no quieren hablar después de un aviso así".</i>
Q33	O6FG4	<i>"Después de ese tipo de avisos cuesta mucho continuar haciendo otros avisos más "leves" sin pensar en el anterior. O simplemente, me es imposible dormir al llegar a la base o en los días sucesivos..."</i>
Q34	O6FG4	<i>"Yo noto que intento recoger todo lo antes posible... En plan huida..."</i>
Q35	O2FG2	<i>"Esa distancia que todo, simplemente también es la forma de gestionar o proteger las emociones ante una situación así".</i>
Q36	O4FG4	<i>"Al final creo que con la práctica te vas adaptando un poco la situación o vas aprendiendo a distanciarte un poco emocionalmente".</i>
Q37	O4FG1	<i>"Al final te lo llevas a casa, aunque intentas no, pero es a veces cuando es a diario estas situaciones es difícil, es difícil".</i>
Q38	O2FG2	<i>"Colateralmente sin querer, me lo llevo para, me lo he llevado para casa desde el primer año en que trabajé en una unidad de críticos (...) simplemente es una cosa que igual llegas a casa y pues estás más triston".</i>
Q39	O6FG4	<i>"Me es imposible dormir al llegar a la base o en los días sucesivos..."</i>
Q40	O6FG3	<i>"Yo creo que es que entras un poco como en un bucle en el que te genera frustración (...) y al final es que lo pagas hasta con tus compañeros, porque se crea como ese ambiente ya bola"</i>
Q41	O2FG2	<i>"Me haría falta aprender o adquirir herramientas que me ayudaran a digerir este tipo de procesos".</i>

Q42	O4FG3	<i>“En mi unidad que vivo mucho con la muerte a diaria también. Yo creo que falta como formación de habilidad, de cómo empatizar, que poder decir ... Creo que no nos forman mucho en eso, o al menos yo lo siento así”.</i>
Q43	O4FG1	<i>“Yo creo que hablar con los compañeros. Y ver jo, mira, con esto yo me ha pasado esto, me ha pasado lo otro. Pues mira, yo hubiera hecho esto”.</i>
Q44	O3FG1	<i>“Intento darles un abrazo. Yo soy muy así, y... decirles, pues que lo siento muchísimo, que hemos intentado hacer todo lo que hemos podido, que bueno, pero claro, es que no hay consuelo”.</i>
Q45	O2FG1	<i>“Entró en la habitación y digo, ¿quieres que te dé un abrazo? Y me dices, sí, y entonces ahí estuvimos abrazado y yo llorando un rato con él”.</i>
Q46	O2FG1	<i>“Sea luego llego a mi casa y lo que dices, pues haces deporte o te vas a no sé dónde o simplemente pues yo qué sé lo piensas, pero lo hablas con alguien y te quedas más tranquila”.</i>
Q47	O3FG2	<i>“El hecho de llegar a casa a distraerte con cosas tan banales como un poco de telebasura o cualquier serie que estés viendo tú que te tenga enganchado, un poco de lectura, la música de camino o de vuelta al trabajo, también me parece que son actividades que pueden ayudar un poco a discernir de la realidad y a evadirte de esas situaciones tan francamente duras que puedes vivir a lo riesgo de tu vida laboral”.</i>
Q48	O1FG2	<i>“Tal vez soy yo un poco peculiar con para con eso porque sí que procuro dejar los sentimentalismos al margen porque es que si no con la cantidad de pacientes que ves a al día con cada uno con su historia es que no vivirías”.</i>
Q49	O4FG1	<i>“Ya he aprendido a que cuando llego a casa cierro la puerta e intento que no me afecte lo que pasa a diario en mi trabajo ni profesional ni personalmente”.</i>
Q50	O2FG1	<i>“Yo lo que estoy trabajando es como ser más autocompasiva conmigo. Quiero decir que a veces simplemente, es decir, pues es que igual yo tampoco hoy tenía el día y no tenía esas palabras adecuadas y aunque me hubiese esforzado, no las hubiese sacado, sabes? O sea, es como pues ya está, somos humanos dentro, aunque seamos enfermeros o profesionales de la salud. Pues a veces no tienes el día... no tienes el humor, tú también estás mal... Y eso como comprenderte que no te va a salir siempre redondo”.</i>
Q51	O3FG3	<i>“Yo creo que no nos forman mucho en ya en la en la carrera ya no nos forman en habilidades socioemocionales de manera práctica, quiero decir, tenemos asignaturas teóricas. Que nos enseñan a entender las habilidades socioemocionales que nosotros necesitamos para el día a día. Pero yo he echado de menos prácticas, pues relacionadas con cómo llevar esas situaciones”.</i>

Q52	O4FG3	<i>“Entonces yo creo que es necesario la formación en yo qué sé empatía o ser asertivo con el paciente”.</i>
Q53	O6FG3	<i>“Porque en cosas básicas, tanto desde la muerte como desde simplemente porque a veces yo creo que lo vemos hasta con los alumnos, ahora que están de prácticas, que no saben cómo hablar, porque les da vergüenza, porque no tienen todavía la capacidad, que es normal que nos ha pasado a todos, pero igual también eso es porque falta en la Universidad, en la formación”.</i>
Q54	O4FG2	<i>“Y luego sí que es verdad que los cursos que hay de para gestionar las emociones y demás, pues yo creo que igual no vendría mal”.</i>
Q55	O4FG4	<i>“Yo creo que de cara a enseñarnos a cómo comunicar que este tipo de situaciones a la familia o cómo calmarles o qué poder decirles en un momento así, creo que nos sería bastante útil a todos, porque seguramente luego también nos lo podríamos aplicar un poco a nosotras mismas”.</i>
Q56	O3FG4	<i>“Acertar con las palabras porque muchas veces quieres decir una cosa, piensas otra y al final yo creo. Que. Que entre los nervios y... que no sabemos realmente cómo transmitirlo, no lo hacemos bien”.</i>
Q57	O6FG3	<i>“Igual se podría trabajar más esas habilidades y que a la hora, tanto de con las noticias malas como las buenas, como ante cualquier pregunta que te pueda pillar un poco desprevenido, que sepas reaccionar porque es que al final de eso te va a quitar a ti muchísimo malestar y encontrarte todo el tiempo en los sitios nuevos indefensos, sin saber qué hacer”.</i>
Q58	O5FG1	<i>“Necesitamos estrategias de verdad, herramientas tangibles”.</i>
Q59	O5FG3	<i>“Mezclado con teoría práctica, que yo creo que es buena simbiosis, no solo teoría”.</i>
Q60	O4FG2	<i>“Ponerte en... en situaciones que puedan ser reales y ver cómo actúas. Sí que es verdad que, al hacer vamos a mí “Me parece que, al hacerlo, al practicarlos como que igual, si luego te vuelve a pasar, es como que lo recuerdas mejor”.</i>
Q61	O1FG1	<i>“La teoría del canal código de comunicación que yo ósea ya me lo sé pero que esa teoría en realidad no me sirve para nada porque no sé cómo aplicarla en al practica”.</i>
Q62	O5FG1	<i>“En el ámbito de la simulación a mí me parece que es donde se aprende (...) está claro que la práctica y la experiencia no te la va a quitar nadie, pero no es lo mismo enfrentarse a una situación de primeras que a ver yo qué sé hecho 5 casos diferentes. Yo qué sé, pues en un escenario de simulación, que aunque no te vayas a encontrar lo mismo pues ya te has enfrentado... Porque, aunque en cada situación y cada persona te va a responder de una manera distinta ... Pues sí que tienes, por ejemplo, pues que ya te has enfrentado una vez a ponerte delante de esa situación y a tener que pensar cómo la abor das, aunque sea de una manera distinta”.</i>

Q63	05FG3	<i>"Pues la manera más fácil que se me ocurre sería con talleres o charlas, con un role playing..."</i>
Q64	O6FG4	<i>"Debriefing obligatorio si hay fallecido. Algún curso de herramientas para dirigir esas situaciones con rol playing...."</i>
Q65	O5FG1	<i>"Tener un espacio de debriefing de una forma más reglada, o más estructurada, pues también favorecería"</i>
Q66	04FG1	<i>"Muchas veces hacéis comentarios entre compañeros y para mí eso me sirvió muchísimo en mis comienzos"</i>
Q67	O8FG3	<i>"Después de cada caso, debería de haber un debriefing para mejorar la seguridad y la comunicación"</i>
Q68	O3FG3	<i>"Sería importante que se hicieran sesiones cada x tiempo, al igual que pues en otro, en otras otros equipos hacen sesiones sobre pacientes, por ejemplo, nosotros como equipo hacer sesiones de situaciones que nos han creado estrés, ya sea entre compañeros o con paciente. Y ver qué se podría mejorar"</i>
Q69	07FG3	<i>"Que yo quería añadir que creo que también hay una falta de comunicación interprofesional de no sabemos hasta qué punto le han informado otras enfermeras, otros médicos acerca de la afección al paciente y cuando nos preguntan es un poco bueno y hasta qué punto sabe esta persona qué le ocurre? O no sé, a veces es un poco... yo creo que esto debería protocolizarse un poco"</i>
Q70	O7FG3	<i>"Yo creo que también sería interesante. Incluso yo qué sé. Una charla con pacientes explicando cómo les hubiera gustado a ellos, que les transmitirán cierta información o cómo les hubiera gustado que les transmitieran, que tienen una enfermedad terminal, una enfermedad crónica, etcétera. Yo creo que también sería interesante"</i>
Q71	O2FG3	<i>"Sí que habría que tener una mayor disposición a la hora de ayudar a los compañeros. No dejarles de lado, no... no hacer que se sientan diferentes. Y eso no nos corresponde a los enfermeros que estamos en la asistencia, sino que tiene que ser la gestión de los equipos para que te hicieran una buena integración al principio, cuando empieces, Eh...El nuevo contrato para que los compañeros se integren también de una manera más efectiva y para que haya una armonía grande"</i>
Q72	O2FG2	<i>"Que se fomente un entorno laboral que favoreciese perdón, el poder comunicarnos abiertamente y expresar nuestras emociones ante cualquier situación que nos provoque malestar"</i>
Q73	O6FG4	<i>"Apoyo psicológico tanto para víctimas en ese primer momento como para los profesionales que lo necesiten"</i>

CAPITULO IV: DISCUSIÓN

A continuación, se desarrollan los apartados de discusión de cada uno de los estudios que se han realizado en este proyecto de investigación. Finalmente se resumen las aportaciones más relevantes de esta tesis en una discusión general.

Fase I. La eficacia de la simulación en la adquisición de habilidades socioemocionales relacionadas con la atención sanitaria: Una revisión sistemática de revisiones sistemáticas.

La revisión profunda de la literatura se realizó para sintetizar los estudios que había publicados sobre esta temática hasta la fecha. Con ellos se ha pretendido determinar un marco conceptual inicial que orientase el diseño de las metodologías que se iban a llevar a cabo en los siguientes estudios realizados en la tesis doctoral.

La RS de RS (250), la primera de este tipo según nuestro conocimiento resume la eficacia de la simulación para la adquisición de competencias socioemocionales en profesionales y estudiantes de ciencias de la salud. Los resultados obtenidos amparan la utilización de esta herramienta de aprendizaje activa para la formación socioemocional al mostrar mejoras importantes en competencias de comunicación, autoconfianza y autoeficacia. Sin embargo, en sus resultados se evidencia que las formaciones prestaron menor atención a aspectos fundamentales de la atención clínica como son la empatía, la inteligencia emocional y el trabajo en equipo. Son muchos los estudios (34,287,288) que respaldan la importancia de contar con profesionales que tengan este tipo de competencias para favorecer la comprensión de las necesidades emocionales de los pacientes, promover una relación terapéutica sólida y basada en la confianza y mejorar así la adherencia y los resultados en salud. Además, este tipo de competencias también se han relacionado con la mejora en la toma de decisiones, el mejor manejo de los desafíos emocionales propios y de los pacientes. Todo esto contribuye a mejorar la satisfacción laboral, crear equipos de trabajo colaborativos y prevenir incluso el burnout de los profesionales(289,290).

Los tipos de simulación más utilizados fueron el paciente estandarizado y la simulación de alta fidelidad. Esto demuestra la innovación pedagógica y el progreso a enseñar con situaciones lo más fieles a la realidad. Tradicionalmente estos tipos de simulación exclusivamente se utilizaban para entrenar habilidades técnicas (206,291).

En la revisión, aunque el role-playing no fue el método más utilizado, si es importante destacar que es considerada una estrategia de gran valor como paso previo a la utilización de la simulación de alta fidelidad(292). Esto es debido a que la simulación de alta fidelidad frecuentemente puede resultar estresantes para los estudiantes debido a la vergüenza o el miedo a ser juzgados por sus compañeros. Este tipo de emociones negativas guarda relación con la disminución de la respuesta cognitiva y por tanto del aprendizaje (173). Por ello, el RP, además de ser un peldaño ideal para eliminar estas emociones y que los y las alumnas se adapten a este tipo de formaciones constituye una metodología más económica que no requiere de una infraestructura compleja. Se convierte así en una buena opción, especialmente, en entornos con escasez de recursos (293).

Por otra parte, la diversidad de herramientas de evaluación evidenciadas en la síntesis bibliográfica realizada demuestra el desafío importante que supone medir de manera uniforme la efectividad de las intervenciones. Tal vez la variedad de competencias socioemocionales entrenadas en diferentes contextos y culturas pueda justificar esta heterogeneidad, aunque esta es una limitación importante para la evaluación de la efectividad de las intervenciones (36).

A pesar de que esta revisión desvela datos positivos sobre la eficacia de la simulación en este contexto, la mayoría de los estudios no plasman resultados sobre los resultados a medio y largo plazo. Por tanto, con esta revisión no se puede ratificar que estas formaciones sean válidas para mantener estas competencias en el tiempo. Son ya varios los autores que destacan la importancia de seguir realizando estudios con seguimiento a largo plazo para evaluar la retención y la aplicación continua de las competencias adquiridas en los entornos sanitarios actuales tan dinámicos y desafiantes (167,294).

Fase II. “Simulación, Flipped Classroom y diálogo reflexivo en la educación socioemocional en cuidados al final de la vida: Perspectivas de los estudiantes de enfermería” y “Un estudio de métodos mixtos que examina un programa de entrenamiento en habilidades socioemocionales basado en metodologías de aprendizaje activo en estudiantes universitarios de enfermería”

Según la percepción del estudiantado la simulación es una herramienta efectiva para la adquisición de competencias socioemocionales en contextos clínicos amplios y en la educación en el final de la vida en particular.

En las sesiones de formación implementadas la simulación no ha sido utilizada como la única herramienta, sino que se ha combinado con varias metodologías de enseñanza. En este sentido, son varios los autores (173,295–297) los que defienden la riqueza de combinar diferentes métodos para poder adaptar los programas formativos a las necesidades individuales de cada participante y entorno educativo con el fin de obtener mejores resultados, en este caso de competencias socioemocionales.

Los resultados cuantitativos de esta segunda fase sugieren que la simulación en combinación con otras metodologías activas constituyen una herramienta eficaz para mejorar la confianza y el desempeño clínico de los estudiantes(116,298,299) En particular, se observó que las habilidades de "Comunicación No Verbal" y "Transmisión Informativa" mostraron los incrementos más altos, lo cual puede deberse a la naturaleza interactiva y práctica de las metodologías activas utilizadas que permitieron a los estudiantes practicar y recibir retroalimentación inmediata(155,300). Lampum et al. (2019) refieren que gracias a estos feedback el estudiantado procesa sus emociones, consolida el aprendizaje, evalúa lo que hicieron bien y lo ayuda a detectar las áreas donde debe mejorar (193).

Sin embargo, "Expresión Emocional" y "Empatía" tuvieron incrementos más moderado. Estos resultados pueden deberse a la “complejidad intrínseca” de estas habilidades, que pueden necesitar más sesiones de entrenamiento para su pleno desarrollo (301,302). Asimismo, hay que destacar que la desviación estándar refleja una gran variabilidad en la respuesta de los participantes. Esto sugiere que los participantes tal vez han tenido más dificultades para mejorar estas habilidades. Las investigadoras de este proyecto creen que esto puede deberse a las diferencias en la experiencia previa, la disposición personal o incluso las particularidades en cada contexto socioemocional.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS COMO EL SEXO Y LA EDAD HAN REPERCUTIDO DE FORMA SIGNIFICATIVA EN LOS RESULTADOS. ASÍ EL PROGRAMA PARECE SER MÁS EFECTIVO EN LAS MUJERES Y CUANDO LOS ESTUDIANTES SON DE MENOR EDAD. LAS MUJERES, AL IGUAL QUE EN ESTUDIOS PREVIOS (73,146) TIENDEN A OBTENER PUNTUACIONES MÁS ALTAS. AL IGUAL QUE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO REALIZADO POR GRAF ET AL. (2017) EN NUESTRO ESTUDIO TAMBIÉN SE DETECTARON DIFERENCIAS ESPECIALMENTE EN EL LENGUAJE NO VERBAL Y LA EMPATÍA(209) . ESTOS RESULTADOS PUEDEN DEBERSE A UNA MAYOR SOCIALIZACIÓN DE LAS MUJERES EN COMPARACIÓN CON LOS HOMBRES (303). AUNQUE EL GÉNERO PARECE AFECTAR A LOS RESULTADOS, LA PROPORCIÓN DE MUJERES FRENTE A HOMBRES COMPARADOS EN LA MAYORÍA DE LOS ESTUDIOS HACE DIFÍCIL PODER EXTRAER CONCLUSIONES DEFINITIVAS (146). POR LO TANTO, ES IMPORTANTE SEGUIR REALIZANDO INVESTIGACIONES QUE EXAMINEN LA INFLUENCIA DE LOS ROLES DE GÉNERO EN LA ADQUISICIÓN DE ESTE TIPO DE COMPETENCIAS EN ENFERMERÍA.

EN OTRO ORDEN, LA EDAD PARECE MOSTRAR UN IMPACTO NOTABLE EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS. TRAS REALIZAR LA INTERVENCIÓN, LOS ESTUDIANTES MÁS JÓVENES OBTUVIERON MEJORES RESULTADOS EN LA ADQUISICIÓN DE LAS COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES RESPECTO A LOS COMPAÑEROS DE MAYOR EDAD. TRAS REFLEXIONAR SOBRE ESTOS RESULTADOS, EL EQUIPO INVESTIGADOR CREE QUE ES POSIBLE QUE HAYA AFECTADO LA MADUREZ O SENSIBILIDAD SOCIOEMOCIONAL, LA CUAL SE DESARROLLA CON LA EDAD. ESTO HA PODIDO INFLUIR EN LA MANERA EN QUE LOS ESTUDIANTES MÁS MAYORES ABORDAN ESTOS APRENDIZAJES, LO QUE PODRÍA GENERAR UNA DIFERENCIA EN LOS RESULTADOS. ASÍ MISMO, FACTORES COMO LA FLEXIBILIDAD COGNITIVA Y LA APERTURA A NUEVAS EXPERIENCIAS TAMBIÉN PODRÍAN ESTAR INVOLUCRADOS.

ENTRANDO EN EL NÚCLEO CENTRAL DEL TEMA DE ESTUDIO DE ESTA SEGUNDA FASE LA PERSPECTIVA DE LOS ESTUDIANTES GIRÓ EN TORNO A LA CONTRIBUCIÓN DE LA METODOLOGÍA AL PROCESO DE APRENDIZAJE, LAS CARACTERÍSTICAS QUE LA METODOLOGÍA DEBÍA CUMPLIR PARA SER MÁS EFECTIVA Y MOTIVADORA, Y LOS ASPECTOS EMOCIONALES PROVOCADOS POR LOS RECURSOS EDUCATIVOS UTILIZADOS EN LAS METODOLOGÍAS ACTIVAS IMPLEMENTADAS EN EL PROGRAMA: AULA INVERTIDA, APRENDIZAJE REFLEXIVO DIALÓGICO, Y SIMULACIÓN (ROLE-PLAYING Y SIMULACIÓN DE ALTA FIDELIDAD).

DEL PROGRAMA LOS ESTUDIANTES DESTACAN EL VALOR DE SU DINAMISMO Y SU ENFOQUE EXPERIENCIAL, COINCIDIENDO CON LOS HALLAZGOS DE ROJAS ET AL. (2021), EN DONDE SE SEÑALÓ QUE LA SIMULACIÓN RESULTA MÁS DINÁMICA Y CERCANA A LA PRÁCTICA CLÍNICA (304). QUE LOS Y LAS ALUMNAS DESTAQUEN EL REALISMO DE LAS PRÁCTICAS ES MUY IMPORTANTE, YA QUE ESTE HECHO SE RELACIONA CON LA MEJOR TRANSFERENCIA DEL APRENDIZAJE OBTENIDO CON LA SIMULACIÓN AL ENTORNO CLÍNICO REAL (305). POR TANTO, ESTE PROGRAMA NO SOLO LES PERMITIÓ APRENDER DE UNA FORMA MÁS PARTICIPATIVA Y DINÁMICA QUE LAS

clases tradicionales, sino que los y las alumnas pudieron visualizar que los conocimientos guardaban relación con las situaciones reales, promoviendo su reflexión y aprendizaje continuo (91) . Además, los estudiantes, al igual que en el estudio de Sam et al. (2023) reconocen que la simulación les ayudó a desarrollar habilidades socioemocionales como la empatía, la gestión de las emociones y la comunicación(306) . Este enfoque no solo fortalece su comprensión, sino que también contribuye a desarrollar una mayor confianza en sus habilidades, haciéndolos sentir más preparados académicamente(307).

En el estudio orientado a la educación del final de la vida los resultados también fueron en la misma línea que los obtenidos en el de metodología mixta. Las metodologías activas fomentaron un aprendizaje significativo al transformar el aula en un espacio participativo, atractivo y motivador, según lo expresado por los estudiantes. Estos resultados van en línea también del estudio realizado por Kopka et al. en donde también el alumnado percibió la formación con simulación en la educación para el final de la vida como más eficiente y atractiva(308). Hallazgos similares se han reportado en estudios como los de Fabro et al. y Hold et al., quienes destacaron mejoras en la comunicación, empatía, confianza, el respeto al paciente y la construcción de la identidad profesional (309,310).

Resumiendo, los resultados cualitativos obtenidos en esta segunda fase de la tesis hay un aspecto que no se puede dejar de discutir que es la importancia del papel de las emociones en el aprendizaje socioemocional. La participación de los y las estudiantes en los programas de entrenamiento movilizó emociones. Esto es significativo para el proceso de aprendizaje, pues como refieren estudios previos las emociones influyen en la forma en la que el cerebro procesa, retiene y recupera la información. Si es cierto, que para que estas emociones resulten eficaces en el proceso de aprendizaje es importante que se canalicen de manera adecuada. Para ello hay que crear entornos emocionalmente positivos y seguros para el estudiantado (191,192). Sabiendo esto, es importante que las emociones se alineen con los objetivos de aprendizaje, es decir, promuevan la curiosidad, la motivación y el compromiso dejando a un lado el miedo o la ansiedad (311). Asimismo, es necesario que los instructores de estos programas basados en simulación fomenten la autorregulación emocional en los y las alumnas. Hay que ayudar al alumnado a identificar y manejar sus emociones desde un punto constructivista para impulsar su aprendizaje y que las emociones no se conviertan en un obstáculo (172,173) . Tener en cuenta a las emociones en el proceso de aprendizaje no solo ayuda a la adquisición cognitiva mejorando

la memoria y el razonamiento, sino que ayuda al desarrollo de las competencias socioemocionales (73,78).

Los estudiantes reportaron experimentar emociones negativas, como miedo, inseguridad y vergüenza, particularmente durante las sesiones de simulación. Estos hallazgos coinciden con estudios previos (312) .La reflexión posterior a la simulación, que permite procesar estas emociones, es clave para transformar la experiencia en un aprendizaje significativo según los y las alumnas. Estos resultados también van en línea de los publicados con anterioridad (310). Profundizando en estas emociones negativas y en el estrés psicofisiológico asociado con la simulación de alta fidelidad resulta esencial abordar este aspecto previamente al diseño de las sesiones para garantizar la calidad de la formación (190). La bibliografía refiere que es importante para mitigar este efecto ofrecer a los y las alumnas una orientación previa, crear un ambiente en el aula positivo y de apoyo; y promover siempre una retroalimentación constructiva donde nadie se sienta juzgado (174,191). Además, se conoce que comenzar con escenarios sencillos para posteriormente aumentar su complejidad junto con la repetición de los escenarios es vital para que los y las alumnas ganen confianza(154,313).

Además, las emociones positivas como la curiosidad y el entusiasmo, generadas por actividades prácticas y dinámicas, promueven el compromiso y la motivación de los estudiantes. Estas emociones positivas se evidenciaron en estudios publicados con anterioridad, donde los alumnos y alumnas enfatizaban que estas formaciones les hacía sentir más cómodos, valoraban como la mejor estrategia para practicar la experiencia emocional y les parecía muy atractiva y de gran utilidad (309,314).

Asimismo, cabe enfatizar que en el contexto de los cuidados al final de la vida, las emociones desempeñan un papel crucial, sensibilizando a los estudiantes hacia las necesidades emocionales de los pacientes, como lo respaldan los estudios de Buller et al. y Mayer (2020) (315). Cuando los estudiantes se enfrentan a temas relacionados con los cuidados en el final de la vida y/o la muerte es natural que experimenten emociones como la tristeza, el miedo, la empatía y la compasión (227,230,316) . Estas emociones son normales y pueden ser beneficiosas para el proceso de aprendizaje (95,317).Además, como se observa en los resultados de nuestro estudio y de acuerdo con estudios que relacionan emociones y educación, el compromiso

emocional puede promover la reflexión y la autorreflexión, lo que permite a los estudiantes examinar sus propias creencias, valores y actitudes (318)

Fase III: Retos socioemocionales de los enfermeros que trabajan en unidades especializadas: Un estudio de grupo focal.

Los resultados de la tercera fase que completa esta tesis doctoral informan sobre los desafíos socioemocionales a lo que se enfrentan las enfermeras de las unidades especiales en la comunidad autónoma de Cantabria. Además de detallar cuales son las situaciones de mayor carga emocional para ella también detallan los factores que las provocan, cómo les afecta en su práctica profesional y cómo tratan de afrontar estos desafíos. Además, ahondando en el tema se evidenció que las enfermeras perciben una carencia de formación en competencias socioemocionales en este contexto y que por ello es necesario realizar formaciones encaminadas a mejorar su bienestar emocional.

Los integrantes de los grupos focales señalaron que los mayores desafíos emocionales a los que se enfrentan en su práctica diaria son el contacto con el sufrimiento y la muerte inesperado. Estos hallazgos coinciden con estudios nacionales sobre la experiencia de las enfermeras con el sufrimiento y la muerte(220,224) y a nivel internacional (319). Por otra parte, aunque informar de malas noticias y cuidar a pacientes en situaciones críticas emergieron como retos desafiantes, las enfermeras reflejaron que todas estas situaciones las generaba mucho mayor malestar si se trataba de pacientes pediátricos o cuando sucedían fuera del ámbito hospitalario con un ser querido delante (225). Todos estos resultados invitan a pensar que las enfermeras son más vulnerables en escenarios donde aparece el apego emocional y la compasión (320).

Los y las enfermeras entrevistadas expresaron que hay determinados factores que hacen que estas situaciones se conviertan en desafíos socioemocionales. Por una parte, declaran que sienten que hay una falta de recursos y apoyo a nivel formativo e institucional. Además, la mayoría percibieron que la sociedad tiene grandes expectativas en el personal sanitario que junto a la escasez de herramientas eficaces para autogestionar sus emociones empeoran en exceso todas las experiencias citadas en el párrafo anterior. Estas reflexiones reflejan la importancia de preparar a los futuros enfermeros en competencias socioemocionales (34,321).

Ante todas estas situaciones la realidad es que las enfermeras reflejan que sienten un abanico de emociones que van desde la frustración e impotencia hasta la tristeza, la culpabilidad y la rabia. Además, sienten que estas emociones impactan de manera directa en su trabajo y en la

calidad que brindan a los pacientes. Vidal-Blando et al. (2019) en su estudio ya evidenció que las enfermeras que trabajaban en unidades de alta demanda emocional veían afectada su actividad asistencial (322). En ocasiones refieren que todo esto se debe a que se sienten “bloqueadas emocionalmente”. Esto disminuye su concentración y hace que se aíslen emocionalmente. Se ha encontrado relación de estos resultados con otros previos que estudiaron el desgaste emocional y el síndrome de Burnout en esta profesión (323–325). Además de estos problemas, las enfermeras relataron tener problemas en ocasiones con la conciliación emocional entre el trabajo y la vida personal. Estos resultados sugieren la necesidad de desarrollar estrategias que ayuden a fortalecer la resiliencia profesional(326).

Para enfrentar estas dificultades percibidas los y las enfermeras mencionan que utilizan alguna estrategia para afrontarlas. Entre ellas destacan el apoyo entre compañeros, la búsqueda de momentos de desconexión y la práctica de técnicas de relajación. Sin embargo, la mayoría de los participantes destacaron carecer de herramientas efectivas para ello, resultados que coinciden con estudios previos(83). Estos hallazgos indican la necesidad de programas de formación eficaces en habilidades socioemocionales(327).

En este sentido, los propios participantes propusieron implementar talleres prácticos, simulaciones y espacios de debriefing donde pudieran compartir y debatir sobre sus experiencias con el fin de gestionar mejor el impacto emocional de su trabajo. Estudios previos han demostrado que estas estrategias son eficaces para la adquisición de habilidades socioemocionales tanto en el ámbito universitario como en la formación posgrado (250,328).

Además de demandar formaciones basadas en simulación también perciben como importante desarrollar protocolos claros de comunicación entre enfermeros, médicos y pacientes; así como desarrollar sistemas de supervisión emocional cuando alguna situación laboral lo requiera.

Como recogen estudios previos (248,329), la comunicación eficaz y el trabajo en equipo constituye un componente clave para prestar cuidados de calidad y crear un entorno seguro de atención. La comunicación efectiva facilita la coordinación, reduce errores y mejora la toma de decisiones en situaciones críticas(67). De la misma forma, un equipo cohesionado contribuye a un entorno de trabajo positivo, donde el apoyo mutuo y la distribución eficiente de tareas mejora la atención que se brinda a los pacientes(330). Además, estos factores no solo tienen un

impacto en el paciente, sino que también afectan en el bienestar emocional y profesional del enfermero, al reducir el estrés y fomentar un clima laboral positivo(331).

En conclusión, los resultados de este estudio destacan la importancia de fortalecer las competencias socioemocionales de los enfermeros para enfrentar los desafíos de su práctica diaria. Proporcionar apoyo emocional, invertir en programas de formación especializados en competencias socioemocionales y crear espacios que permitan la expresión emocional pueden ayudar a mejorar la calidad del trabajo y el bienestar de estos profesionales.

Discusión general del Proyecto de investigación

Los resultados de esta tesis respaldan por una parte la necesidad de seguir formando en competencias socioemocionales al alumnado y al profesional de enfermería; y por otra, la eficacia de la simulación a la hora de desarrollar formaciones para la adquisición de estas competencias.

Importancia de las competencias socioemocionales en el estudiantado y profesionales de enfermería:

El proceso de globalización, la demanda social de profesionales sanitarios altamente capacitados, la introducción de la tecnología en este contexto y la disponibilidad de cada vez más profesionales altamente cualificados hace que los enfermeros deban estar preparados en multitud de campos donde además de realizar de manera adecuada los procedimientos clínicos tengan competencias blandas que les diferencie del resto y les permita brindar cuidados de calidad (62).

Formar en competencias socioemocionales a los estudiantes y profesionales de enfermería es muy importante para ofrecer una atención eficaz, holística y humanizada. En el campo académico es importante formar en estas competencias para mejorar su aprendizaje y su futura introducción en el mundo laboral. La formación desde el grado ayuda a resolver problemas de alto impacto emocional, manejar las emociones, el estrés y la ansiedad. Además, favorece la autoconfianza, la empatía y ayuda a fortalecer las relaciones personales entre los y las alumnas y los y las profesoras. Por último, es importante porque fomentar las competencias comunicativas se relaciona con mejoras en el trabajo en equipo y en la gestión de conflictos (332,333) .

También es importante la formación postgrado porque tras la realización de esta tesis se ha evidenciado que aunque es sabido que mejora la relación con los paciente, reduce el burnout, incrementa el trabajo en equipo y produce una mayor satisfacción laboral y personal aún muchos profesionales sienten que no están adecuadamente formados. (3,34,68,75,76).

La simulación como piedra angular de la formación en competencias socioemocionales:

Con el objetivo de diseñar formaciones efectivas para la adquisición de competencias socioemocionales es importante abandonar las metodologías de enseñanza tradicional basada en clases magistrales(334). Para ello se propone utilizar metodologías activas donde el estudiante se convierta en el centro del proceso de aprendizaje (27).

La utilización de este enfoque requiere que los docentes cambien su rol. pasando a ser “facilitadores y guías” en vez de ser un mero transmisor de conocimiento. Esto requiere que los docentes cambien el diseño de sus clases para poder dedicar más tiempo a prestar una atención más individualizada a cada uno de sus alumnos y alumnas. Es cierto que la introducción de esta nueva estrategia puede acarrear dificultades en el estudiantado. Por ejemplo, tienen que ser capaces de desarrollar habilidades autónomas de aprendizaje como la autogestión del tiempo, la autoevaluación y autorregulación. Esto en ocasiones provoca que no se adapten de la manera esperada. A pesar de ello, son numerosos los estudios que evidencian su utilidad al convertir al estudiante en un ser activo, autónomo y motivado. Todo esto lo prepara mejor para enfrentar los futuros desafíos emocionales de la práctica clínica (22,83,334–336).

En resumen, todos estos resultados destacan la importancia de incorporar metodologías activas en la educación en competencias socioemocionales. Sin embargo, para ello es muy importante conocer las preferencias y necesidades de los estudiantes y profesionales. Esto ayuda a diseñar formaciones óptimas y eficaces.

En el contexto de nuestra investigación se van a detallar a continuación por un lado una pequeña propuesta de las necesidades formativas y por otro lado aspectos relativos a la optimización de los programas basados en simulación.

Necesidades formativas:

En este aspecto, nuestros resultados se sitúan en la misma línea que la mayoría de los trabajos previos. Las enfermeras coinciden en que existe un déficit en su formación respecto a situaciones socioemocionales demandantes, tanto a nivel del grado como en el postgrado. Todo ello las lleva a experimentar diversas dificultades en el desarrollo de su trabajo.

La propuesta de programa que planteamos, en base a los resultados de nuestro estudio, responde a las demandas formativas que las enfermeras han considerado de nivel básico, es decir, que pueden ser implementadas tanto en los planes educativos del Grado como en los de Formación continua.

Recomendaciones para el diseño de futuras formaciones en Competencias socioemocionales.

Adaptación a situaciones emocionalmente demandantes:

- Contacto con el sufrimiento y la muerte
- Cambios bruscos en el estado de salud
- Informar de malas noticias
- Muerte inesperada
- Sobrecarga laboral y emocional
- Cambios en la imagen corporal repentina del paciente
- Conflictos interpersonales y cohesión de equipo
- Atención al paciente vulnerable

Competencias socioemocionales que deben entrenarse:

- Comunicación
- Gestión emocional
- Empatía
- Manejo estrés
- Trabajo en equipo
- Mejora toma de decisiones
- Resolución de conflictos
- Escucha activa

Propuesta de metodologías activas aplicables a situaciones reales para desarrollar la formación:

- Rol-play
- Simulación con debriefings
- Espacios reglados que fomenten el intercambio de experiencias
- Charlas con compañeros y pacientes

Factores para optimizar las sesiones de simulación:

Características del grupo de trabajo:

- Repetir el mismo grupo de trabajo
- Grupos pequeños
- Clima de confianza

Características del caso:

- Reales
- Comunes e insólitos
- Adaptados a los distintos alumnos y alumnas: atrevidos, tímidos, etc.
- Participación libre y voluntaria

Calendario de la formación práctica:

- Antes de iniciarse en las prácticas en el entorno real.
- Peldaño previo al prácticum.

Importancia del docente:

- Buen guía
- Ayude y apoye a la consecución de los objetivos.
- Genere un clima de confianza
- Promueva la expresión y discusión sin prejuicios.

Limitaciones de la tesis doctoral.

Este epígrafe está dedicado a explicar las principales limitaciones de las investigaciones que componen esta tesis doctoral.

Una de las principales limitaciones de este trabajo es que al haber sido utilizada en la gran mayor parte una metodología cualitativa los resultados no son extrapolables o generalizables a otros entornos educativos o de atención sanitaria.

Sin embargo, el objetivo con el que se ha realizado esta tesis doctoral no es para buscar la generalización o la comparación de los resultados con otros preexistentes. El principal motivo por el que se han realizado estos estudios es para conocer un contexto particular, dentro del cual se ha pretendido obtener la percepción y experiencias de la mayor diversidad de casos posibles.

Una de las riquezas de los estudios cualitativos es ligarla a un contexto en particular, ya que es lo que permite una “expresividad específica” y si se pretendiese generalizar los hallazgos habría que abandonar esa conexión.

A continuación, se va a presentar las limitaciones pertinentes a cada fase realizada.

Fase I. Revisión sistemática de revisiones sistemáticas:

En primer lugar, entre las limitaciones de esta RS de RS cabe destacar la gran heterogeneidad detectada en los métodos de simulación utilizados para entrenar las competencias socioemocionales. Esto ha provocado que resultara difícil comparar y sintetizar los resultados.

Debido a que solo se incluyeron artículos en inglés o español, que algunas revisiones proporcionaban escasa información de algunos datos y muchas de las revisiones no proporcionaban instrumentos de evaluación válidos y confiables puede haberse visto afectada la representatividad y fiabilidad de los hallazgos.

Por todo esto se recomienda ser cautos a la hora de interpretar y extrapolar los resultados de esta revisión.

Fase II. Estudio de la eficacia de dos programas de formación en competencias socioemocionales en alumnos y alumnas del grado de enfermería de la Universidad de Cantabria.

Respecto a la segunda fase, la muestra (estudiantes de segundo año de Enfermería que aún no habían iniciado sus prácticas clínicas en entornos reales de atención sanitaria) fue determinada por conveniencia y se limitó a un solo centro universitario (Grado de enfermería de la Universidad de Cantabria). Como la participación en la recogida de datos fue voluntaria hay que tener en cuenta que los y las alumnas podrían disponer a priori un mayor interés o mejor actitud hacia estas formaciones. Este factor podría haber afectado en su opinión respecto a estos entrenamientos.

Además, hay que tener en cuenta que la percepción de los estudiantes puede variar según el diseño de la formación y los recursos disponibles. Hay que destacar que la formación previa en competencias socioemocionales, así como su formación educativa previa y su nivel de experiencia puede haber influido en sus percepciones.

Por último, otra de las principales limitaciones del estudio de enfoque mixto es la ausencia del grupo control y la utilización de una única escala que solo evaluó dos momentos temporales, preentrenamiento y post-entrenamiento sin seguimiento posterior que evaluase la adquisición de las competencias a medio y largo plazo.

Es muy importante tener en cuenta todos estos aspectos si se desean diseñar formaciones en competencias socioemocionales fuera de este contexto educativo.

Fase III. Retos socioemocionales de los enfermeros que trabajan en unidades especializadas: Un estudio de grupo focal.

El estudio realizado para completar la última fase también tiene alguna limitación. Al igual que los de la fase II debido a la aproximación cualitativa para dar respuesta al objetivo planteado y la elección por conveniencia de la muestra puede que los hallazgos no sean aplicables a otros contextos sanitarios o a otras localizaciones geográficas.

Asimismo, aunque los grupos focales son útiles para explorar las opiniones de un colectivo, la sensibilidad de algunos temas tratados durante ellos puede haber inhibido la expresión individual de ciertas experiencias debido a la dinámica grupal.

Impacto científico, social y profesional.

A pesar de todas las limitaciones anteriormente descritas cabe destacar que esta tesis doctoral presenta varias fortalezas que tienen un impacto positivo a nivel científico, social y profesional.

El compendio de todos los resultados obtenidos en las diferentes fases respalda la eficacia y la necesidad de utilizar la simulación para la adquisición de competencias socioemocionales en estudiantes y profesionales de la salud. El estudio global desde diferentes perspectivas que se ha realizado en esta tesis ayuda a seguir llenando la brecha de conocimiento que hay sobre este tema. Además, ha supuesto el primer estudio sobre competencias socioemocionales que entremezcla la perspectiva estudiantil y profesional en Cantabria.

Los resultados de la primera fase de este proyecto señalan que la simulación es una herramienta eficaz para diseñar programas en formación socioemocional en estudiantes y profesionales de ciencias de la salud. Es el primer estudio de este tipo publicado hasta el momento, por lo que los resultados suponen una íntegra actualización de los conocimientos sobre este tema.

Los resultados de este estudio también tienen gran riqueza porque los estudios primarios de esta revisión obtuvieron una puntuación alta en la escala de calidad metodológica AMSTAR-2 (337). Esto indica que las formaciones basadas en simulación que se utilizaron en estos estudios siguieron criterios rigurosos en su diseño y ejecución.

Por otro lado, la integración de datos cuantitativos y cualitativos en la segunda fase del proyecto permite ofrecer una visión más completa y contundente de la efectividad del programa de intervención realizado. Al revisar las opiniones de los estudiantes para conocer su percepción y detectar áreas de mejora, el principal objetivo es mejorar el programa para impulsar un mejor aprendizaje. De este modo se pretende prepararlos de una manera más adecuada para enfrentar los desafíos socioemocionales de su profesión. Además, el hecho de haber realizado la formación durante dos cursos académicos ha permitido ampliar la muestra y contar con dos cohortes de participantes, lo que otorga a la investigación una mayor representatividad y validez.

Además, los estudios centrados en conocer la percepción de los estudiantes responden a una demanda creciente que reconocen varios autores sobre la necesidad de continuar explorando cómo los estudiantes de enfermería perciben los programas de formación en competencias socioemocionales con metodologías activas (338–340).

La última fase del proyecto permite comprender de una manera profunda las necesidades percibidas de las enfermeras de Cantabria en cuanto a los desafíos socioemocionales a los que se enfrentan en las unidades especiales donde trabajan. Esto respalda que formar en competencias socioemocionales a nivel universitario es útil y enfatiza en que esta formación debe trasladarse a la capacitación continua de estos profesionales.

Los resultados obtenidos tienen gran relevancia para diseñar programas de formación en competencias socioemocionales. La efectividad mostrada por la combinación de metodologías activas sugiere su inclusión en los currículos educativos, permitiendo así que los y las alumnas aprendan de una manera atractiva, dinámica y práctica. Además, los resultados sugieren que hay que seguir investigando sobre si ciertas variables como la edad y el género influyen en la eficacia de este tipo de capacitaciones. Esto es importante para en el futuro ir diseñando cada vez sesiones más individualizada. Por último, los estudiantes subrayaron la importancia del realismo de los escenarios, por ello se hace necesario diseñar casos del mundo real para ayudar a transferir el aprendizaje al inminente entorno laboral.

La introducción de todas estas propuestas puede ayudar a preparar mejor a los estudiantes de ciencias de la salud, ayudándoles así a lidiar con situaciones complejas con más recursos interpersonales y emocionales.

Los resultados aportados en esta tesis se esperan pueden contribuir a sensibilizar a los responsables de las instituciones educativas y sanitarias de la importancia de promover programas de formación en competencias socioemocionales basadas en simulación. Así mismo, la posibilidad de poder utilizar el role-play o el aula invertida en contexto de menos recursos lo convierte en una herramienta que puede facilitar el acceso a una formación de calidad a todos los profesionales de la salud.

Para concluir, la verdadera transferencia de este conocimiento a la sociedad se encuentra en que formar a profesionales cada vez mejor formados en competencias socioemocionales tiene un impacto positivo en la calidad y en la humanización de los cuidados prestados. Contribuyendo así a mejorar los resultados en salud. Por ello, los resultados de esta tesis no solo son importante para mejorar los currículos educativos, sino que promueven una cultura de atención más humana y compasiva.

Transferencia del conocimiento a la sociedad

Este apartado recoge los principales hitos conseguido:

1. Publicaciones

Lanza-Postigo, M., Abajas-Bustillo, R., Martin-Melón, R., Ruiz-Pellón, N. & Ortego-Maté, C. (2024, July). The Effectiveness of Simulation in the Acquisition of Socioemotional Skills Related to Health Care: A Systematic Review of Systematic Reviews. *Clinical Simulation in Nursing*, 92, 101547. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2024.101547>

Lanza, M., Abajas-Bustillo, R., Aparicio-Sanz, M. & Ortego-Maté, C. (2025). A mixed methods study examining a socioemotional skills training program based on active methodologies in a sample of undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2025.106593>

Lanza-Postigo, M., Abajas-Bustillo, R., Aparicio-Sanz, M., Melero, A., & Ortego-Maté, C. (2024). Simulation, Inverted Classroom and Reflective Dialogue in Socioemotional Education in End-of-Life Care: Perspectives from Nursing Students. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. DOI: [10.1097/NJH.0000000000001123](https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000001123)

2. Comunicaciones a congresos.

Durante el verano de 2023 se publicaron y expusieron las siguientes comunicaciones orales en el VIII Congreso Internacional de Docencia Universitaria (CINDU) celebrado en Vigo (Ver Anexo 12).

- Lanza, M.; Ortego, C.; Briones, E.; Melero, MA. Eficacia del entrenamiento en competencias socioemocionales en estudiantes de Enfermería. Un estudio de método mixto. VIII Congreso Internacional de Docencia Universitaria (CINDU) celebrado del 12-15 de junio 2023.
- Lanza M., Abajas R., Aparicio M., Palacios, B., Fernández R. Metodologías activas para un abordaje progresivo de la muerte en estudiantes de enfermería. Un estudio cualitativo. VIII Congreso Internacional de Docencia Universitaria (CINDU) celebrado del 12-15 de junio 2023.

3. Estancias

Con el objetivo de aumentar la formación en el campo de la simulación se acudió a la semana internacional de la simulación en enfermería que se celebró del 22 al 26 de agosto de 2022 en Ceske-Budejovice (República Checa). En este congreso se presentaron los primeros resultados de la revisión sistemática de revisiones sistemáticas en una ponencia de 20 minutos titulada "La efectividad de la simulación de alta fidelidad en la adquisición de competencias socioemocionales relacionadas con los cuidados en salud" (Ver Anexo 13 y 14).

4. Participación en proyectos

En el marco de esta tesis doctoral también se ha participado de manera activa como colaboradora del proyecto de innovación docente presentado en a la VI Convocatoria de Proyectos de Innovación Docente de la Universidad de Cantabria, con el título de "Entrenamiento de competencias socio-emocionales del estudiantado en las asignaturas Ciencias Psicosociales II y Formación en valores y competencias personales de los Grados en Enfermería y Magisterio mediante Simulación, Teatro Foro y otras metodologías activas" (Anexo 15).

Por otro lado, también se ha desarrollado el proyecto IHSE Cantabria. El primer programa desarrollado en la Comunidad Autónoma de Cantabria destinado a conocer las experiencias de los y las enfermeras que trabajan en Cantabria sobre los desafíos socioemocionales a los que se enfrentan. Con este proyecto se pretende generar una base teórica de conocimiento para desarrollar futuras intervenciones bajo el marco de este proyecto destinado a formar en competencias socioemocionales a estos profesionales para ayudarles a hacer frente a todos sus desafíos percibidos. Este proyecto ha sido premiado como mejor proyecto de investigación recibiendo el "SOR CLARA" en febrero del 2025 por el colegio de Enfermeros y Enfermeras de Cantabria.

Futuras líneas de investigación

A la vista de los resultados obtenidos en las diferentes fases de este proyecto, se proponen las siguientes líneas de investigación:

- Seguir investigando y desarrollando escalas validadas que faciliten la evaluación de la adquisición de competencias socioemocionales mediante metodologías activas, como la simulación, en estudiantes y profesionales de ciencias de la salud.
- Evaluar la efectividad de los programas de formación en competencias socioemocionales que utilizan simulación y otras metodologías activas, a través de un diseño cuasiexperimental con grupos control. Esto permitiría validar los resultados de esta tesis de manera más sólida.
- Continuar investigando si es necesario dedicar más tiempo o cambiar el tipo de programas formativos para que los y las alumnas desarrollen competencias como la expresión emocional o la empatía.
- En relación con el anterior punto, también sería interesante analizar si estos programas logran mantener las competencias adquiridas a lo largo del tiempo. Para ello sería interesante realizar estudios con diseños longitudinales.
- Replicar este estudio a nivel nacional, en centros asistenciales y universidades, para aumentar la generalización y fortaleza de los resultados. Además, estos resultados podrían ser útiles para explorar si existen variaciones entre Comunidades Autónomas. Estos resultados permitirían diseñar formaciones adaptadas a cada necesidad específica.
- Comparar los resultados de programas de formación en competencias socioemocionales que utilicen diferentes metodologías activas para explorar si existe alguna más efectiva que otra. O en esta línea, explorar cual podría ser la combinación óptima para lograr un mayor aprendizaje. Todos estos datos serían útiles para estandarizar en el futuro formaciones en competencias socioemocionales.
- Continuar investigando si las variables edad, género y experiencia previa influyen en la mayor o menor efectividad de los programas de la adquisición de competencias socioemocionales en la formación universitaria.

Todas estas futuras líneas de investigación propuestas no tienen solo importancia por contribuir al conocimiento en el campo de la formación sanitaria, sino que con sus resultados se ayudaría a promover prácticas clínicas enfocadas en la mejora de la experiencia laboral y bienestar del paciente.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

Considerando los análisis expuestos anteriormente y los objetivos que guiaron la presente investigación, se han extraído las siguientes conclusiones.

Conclusiones fase I del proyecto:

- La revisión sistemática de revisiones sistemáticas, la primera de este tipo publicada hasta la fecha apoya la efectividad de la simulación para la formación en competencias socioemocionales en profesionales y estudiantes de ciencias de la salud.

Conclusiones fase II del proyecto:

- Según la percepción de los y las alumnas el programa de formación en competencias socioemocionales basado en simulación, aula invertida y dialogo reflexivo; ha sido efectivo en la adquisición de competencias como la expresión emocional y la comunicación sobre la muerte en la educación en el final de la vida.
- El programa de formación basado principalmente en simulación, y combinado con otras metodologías activas, ha sido efectivo para la mejora significativa de la comunicación no verbal, la empatía, la expresión oral, la transmisión de información, la comunicación abierta y la escucha.
- Los estudiantes que han participado en los programas de formación en competencias socioemocionales basados en simulación resaltan que el papel del docente, los entrenamientos con grupos pequeños de estudiantes y la utilización de escenarios y casos fieles a la realidad son aspectos importantes para que sea efectiva.
- Según los participantes la simulación permite entrenar las competencias socioemocionales de una manera activa, divertida, dinámica y participativa. Esto aumenta su motivación hacia el aprendizaje y los ayuda a interiorizar mejor los conocimientos.

Conclusiones fase III del proyecto:

- Las enfermeras que trabajan en unidades especiales en Cantabria subrayan que se enfrentan en su día a día a numerosas situaciones emocionalmente demandantes y que no cuentan con los recursos suficientes para afrontarlas de manera eficaz.
- Las enfermeras perciben una formación insuficiente en competencias socioemocionales y aportan propuestas basadas principalmente en simulación y reflexión grupal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vista A. Data-Driven Identification of Skills for the Future: 21st-Century Skills for the 21st-Century Workforce. *Sage Open*. 2020;10(2):1–10.
2. Ummatqul Qizi KN. Soft skills development in higher education. *Universal Journal of Educational Research*. 2020 May 1;8(5):1916–25.
3. Alt D, Naamati-Schneider L, Weishut DJN. Competency-based learning and formative assessment feedback as precursors of college students' soft skills acquisition. *Studies in Higher Education*. 2023;48(12):1901–17.
4. Klaus P. Communication Breakdown. *California Job Journal*. 2010;28:1–9.
5. Holubnycha L, Shchokina T, Soroka N, Besarab T. Development of Competency-Based Approach to Education. *Educational Challenges*. 2022 Oct 17;27(2):54–65.
6. Nuis W, Segers M, Beusaert S. Conceptualizing mentoring in higher education: A systematic literature review. *Educ Res Rev*. 2023 Nov 1;41.
7. Delors J, Carneiro R, Chung F, Geremek B, Gorham W, Kornhauser A, et al. *Learning: the treasure within; Report to UNESCO of the International Commission on Education for the Twenty-first century*. Paris; 1996.
8. Bunk G. La transmisión de las competencias en la formación y perfeccionamiento profesionales de la RFA. *Revista Europea de Formación Profesional*. 1994;8–14.
9. Fraile CL. The evaluation of social competences in Nursery students. *Bordon*. 2008;60(2):91–105.
10. Sánchez-Tarazaga L, Esteve-Mon FM. Competency-based learning in initial teacher training: Study of teaching guides. *Human Review*. 2022;11:2–11.
11. Salman M, Ganie SA, Saleem I. The concept of competence: a thematic review and discussion. *European Journal of Training and Development*. 2020;44(6–7):717–42.
12. Sanghi S. *The Handbook of Competency Mapping: Understanding, Designing and Implementing Competency Models in Organizations*. 3rd ed. SAGE Publications, Inc.; 2016.
13. McClelland DC. Testing for competence rather than for "intelligence." *American Psychologist*. 1973;28(1):1–14.
14. Raven J. *Competence in Modern Society: Its Identification, Development and Release*. H.K. Lewis & Co. London: Univ of Toronto; 1984.

15. Spencer LM, Spencer SM. *Competence at Work: Models for Superior Performance*. John Wiley & Sons. New York; 1993.
16. Le Deist FD, Winterton J. What Is Competence? *Human Resource Development International*. 2005 Mar;8(1):27–46.
17. Freiling J, Fichtner H. Organizational Culture as the Glue between People and Organization: A Competence-based View on Learning and Competence Building. *German Journal of Human Resource Management: Zeitschrift für Personalforschung*. 2010 May 1;24(2):152–72.
18. Mandourah L, Samad S, Osama I. Contribution of Employee Competency and Teamwork on Organisational Performance within private sector organisation in Saudi Arabia. *Research Journal of Applied Sciences*. 2017;12(1):55–66.
19. Osei AJ. Employee's competency and organizational performance in the pharmaceutical industry. *International Journal of Economics, Commerce and Management* . 2015;3(3).
20. Díaz Barriga M. El enfoque de competencias en la educación. ¿Una alternativa o un disfraz de cambio? *Perfiles Educativos*. 2006;28(111):7–36.
21. Anderson L, Londoño D, Martínez G. Desarrollo de competencias en el ámbito educativo: Definiciones conceptuales y operacionales. *Rev Investigaciones ULCB*. 2022;9(1):20–30.
22. Villa Sánchez A. Aprendizaje Basado en Competencias: desarrollo e implantación en el ámbito universitario. *REDU*. 2020;18(1):19–46.
23. Marco pedagógico Universidad de Deusto- Orientaciones generales. Bilbao: Universidad de Deusto; 2021.
24. Chiner E, Sánchez-López I. Nuevas tendencias interdisciplinarias en educación y conocimiento. Tirant Humanidades. Chiner E, Sánchez-López I, editors. Valencia: Tirant Humanidades; 2024. 71–76 p.
25. Mohammed, Husam S, Kinyo L. The role of constructivism in the enhancement of social studies education. *Journal of Critical Reviews*. 2020;7(7):249–56.
26. Sina A, Mahsa K. Theory and practice: implications of social constructivism in education. *International Journal of Humanities and Social Development Research*. 2023;7(2):19–30.
27. Zahir HM. Soft skills development through active learning in postgraduate studies: An action research study. *International Journal of Social Research and Innovation*. 2023;7(2).
28. Levine E, Patrick S. *What Is Competency- Based Education? An Updated Definition*. Vienna, VA: Aurora Institute; 2019.

29. Pantaleo F, D'Angelo D, Stievano A, Albanesi B, Petrizzo A, Notarnicola I, et al. An example of evaluation of tuning nursing competences in the licensure exam: An observational study. *Heliyon*. 2023;9(2).
30. Kaunonen M, Gobbi M, Meier K, Østergaard B, Nielsen D, Kollak I, et al. Tuning Educational Structures in Europe Guidelines and Reference Points for the Design and Delivery of Degree Programmes in Nursing. Tuning Calohee. Gobbi M, Kaunonen M, editors. Groningen: University of Groningen; 2018.
31. Fernández JT, Bueno CR. Evaluation of professional competences in higher education: challenges and implications. *Educacion XX1*. 2016;19(1):17–38.
32. García Cabrero B. Socio-emotional, non-cognitive or “soft” skills: approximations to their evaluation. *Revista Digital Universitaria*. 2018 Sep 3;19(6).
33. Bacigalupe M de los A. Emotions and movement in the inter(trans)disciplinary study of human behavior from within. *Salud, Ciencia y Tecnología - Serie de Conferencias*. 2023;2:83.
34. Sancho-Cantus D, Cubero-Plazas L, Botella Navas M, Castellano-Rioja E, Cañabate Ros M. Importance of Soft Skills in Health Sciences Students and Their Repercussion after the COVID-19 Epidemic: Scoping Review. Vol. 20, *International journal of environmental research and public health*. NLM (Medline); 2023.
35. Oliveira TF, de Oliveira MF, Barbosa FC, Silva N. Socio-emotional Competencies in Organizations and at Work: concepts and instruments in Brazilian and international studies. *Psico-USF*. 2022;27(1):99–113.
36. Danner D, Lechner CM, Spengler M. Do We Need Socio-Emotional Skills? *Front Psychol*. 2021;12.
37. Hartiti T, Ernawati E. Nursing Lecturers' Transformasional Leadership In Classroom Management At Nursing And Health Faculty Of Muhammadiyah University Of Semarang. *South East Asia Nursing Research*. 2019;1(2):83–7.
38. Dimitrov Y, Vazova T. Developing Capabilities From the Scope of Emotional Intelligence as Part of the Soft Skills Needed in the Long-Term Care Sector: Presentation of Pilot Study and Training Methodology. *J Prim Care Community Health*. 2020;11.
39. Lozano-Peña G, Sáez-Delgado F, López-Angulo Y, Mella-Norambuena J. Teachers' social-emotional competence: history, concept, models, instruments, and recommendations for educational quality. *Sustainability*. 2021;13(21).
40. Dolce V, Emanuel F, Cisi M, Ghislieri C. The soft skills of accounting graduates: perceptions versus expectations. *Accounting Education*. 2020;29(1):57–76.
41. Thorndike EL. The Law of Effect. *Am J Psychol*. 1927;39(1):212–22.

42. Moss FA, Hunt T. Are You Socially Intelligent? An Analysis of the Scores of 7000 Persons on the George Washington University Social Intelligence Test. *Sci Am.* 1927;137(2):108–10.
43. Guilford JP. The Nature of Human Intelligence. *Am Educ Res J.* 1968;5(2).
44. Koutroubas V, Galanakis M. Bandura’s Social Learning Theory and Its Importance in the Organizational Psychology Context. *Journal of Psychology Research.* 2022;12(6):315–22.
45. Gardner H. *Frames of mind: The theory of multiple intelligences.* Basic Books. NewYork: Basic Books; 1983.
46. Goleman D. *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ.* New York: Bantam Books; 1995.
47. Singh A, Prabhakar R, Kiran JS. Emotional Intelligence: A Literature Review Of Its Concept, Models, And Measures. *Journal of Positive School Psychology.* 2022;6(10):2254–75.
48. Bisquerra R. Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Rev Investig Educ.* 2003;21(1):7–43.
49. Elias M, Zins J, Weissberg R, Frey K, Greenberg M, Haynes N, et al. *Promoting social and emotional learning. Guidelines for Educators.* Alexandria: ASCD; 1997.
50. CASEL (Collaborative for Academic, Social and EL. *Safe and Sound: An Educational Leader’s Guide to Evidence-Based Social and Emotional Learning (SEL) Programs.* Chicago, IL: Author.; 2005.
51. Bisquerra Alzina R, Pérez Escoda N. Las competencias emocionales. *Educación XX1.* 2007;10(0):61–82.
52. Devis-Rozental C. Developing Socio-Emotional Intelligence in Higher Education Academics: Benefits Beyond the Classroom, in *Developing Socio-Emotional Intelligence in Higher Education Scholars.* Springer. Springer International Publishing. Cham: Palgrave Macmillan; 2018. 157–159 p.
53. Delgado-Villalobos M, López-Riquelme GO. Evaluaciones de las competencias socioemocionales en el contexto educativo: una revisión. *Revista ConCiencia EPG.* 2022;7:43–74.
54. Tsirkas K, Chytiri AP, Bouranta N. The gap in soft skills perceptions: a dyadic analysis. *Education and Training.* 2020 Jun 8;62(4):357–77.

55. Akselbo I, Aune I. How can we use simulation to improve competencies in nursing? Akselbo I, Aune I, editors. Vol. 1, How Can we Use Simulation to Improve Competencies in Nursing? Cham: Springer International Publishing; 2022. 1–12 p.
56. Donaldson L, Ricciardi W, Sheridan S, Tartaglia R. Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management. Donaldson L, Ricciardi W, Sheridan S, Tartaglia R, editors. Cham: Springer; 2021.
57. Fuzier R, Izard P, Petiot E, Jaulin F. Safety in Healthcare: From the Flight Deck to the Operating Room. *Turk J Anaesthesiol Reanim.* 2023;51(4):290–6.
58. Piedrahita-Mejía JC, Cardona-Cano R. The history of the simulation concept and its use in educational environments in the health sector. 2022;19(4):10–3.
59. Small SD, Wuerz RC, Simon R, Shapiro N, Conn A, Setnik G. Demonstration of High-fidelity Simulation Team Training for Emergency Medicine. *Academic Emergency Medicine.* 1999;6(4):312–23.
60. Molero Jurado MDM, Herrera-Peco I, Pérez-Fuentes MDC, Oropesa Ruiz NF, Martos Martínez Á, Ayuso-Murillo D, et al. Communication and humanization of care: Effects over burnout on nurses. *PLoS One.* 2021;16(6).
61. Mardiah R, Musharyanti L. Learning methods to improve communication skills in health professional student: a literature review. *Bali MedJ.* 2021;10(3):1119–26.
62. Laari L, Anim-Boamah O, Boso CM. Soft skills the matchless traits and skills in nursing practice: An integrative review. *Nursing Practice Today.* 2022;9(4):267–78.
63. Morera-Balaguer J, Botella-Rico JM, Catalán-Matamoros D, Martínez-Segura OR, Leal-Clavel M, Rodríguez-Nogueira Ó. Patients' experience regarding therapeutic person-centered relationships in physiotherapy services: A qualitative study. *Physiother Theory Pract.* 2021;37(1):17–27.
64. Pratt H, Moroney T, Middleton R. The influence of engaging authentically on nurse–patient relationships: A scoping review. *Nurs Inq.* 2021;28(2).
65. Heier L, Schellenberger B, Schippers A, Nies S, Geiser F, Ernstmann N. Interprofessional communication skills training to improve medical students' and nursing trainees' error communication - quasi-experimental pilot study. *BMC Med Educ.* 2024;24(1).
66. Bagacean C, Cousin I, Ubertini AH, El Yacoubi El Idrissi M, Bordron A, Mercadie L, et al. Simulated patient and role play methodologies for communication skills and empathy training of undergraduate medical students. *BMC Med Educ.* 2020;20(1).
67. Yoo HJ, Lim OB, Shim JL. Critical care nurses' communication experiences with patients and families in an intensive care unit: A qualitative study. *PLoS One.* 2020;15(7).

68. Pereira JF, da Silva NCM, Sampaio RS, Ribeiro V dos S, de Carvalho EC. Nurse-patient communication strategies: A proposal of an educational video for Nursing students. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2023;31.
69. Goldman J, Wong BM. Nothing soft about soft skills': Core competencies in quality improvement and patient safety education and practice. *BMJ Qual Saf*. 2020;29(8):619–22.
70. Ellis LA, Gile PP, Austin E, Arad D. Patient safety and staff psychological safety: A mixed methods study on aspects of teamwork in the operating room. *Front Public Health*. 2022;10.
71. Gibert A, Tozer WC, Westoby M. Teamwork, Soft Skills, and Research Training. *Trends Ecol Evol*. 2017;32(2):81–4.
72. Fuglsang S, Bloch CW, Selberg H. Simulation training and professional self-confidence: A large-scale study of third year nursing students. *Nurse Educ Today*. 2022 Jan 1;108.
73. Yu JH, Chang HJ, Kim SS, Park JE, Chung WY, Lee SK, et al. Effects of high-fidelity simulation education on medical students' anxiety and confidence. *PLoS One*. 2021;16(5):1–10.
74. Ziapour A, Khatony A, Jafari F, Kianipour N. Evaluation of time management behaviors and its related factors in the senior nurse managers, Kermanshah-Iran. *Glob J Health Sci*. 2015 Mar 1;7(2):366–73.
75. Goldsby E, Goldsby M, Neck CB, Neck CP. Under pressure: Time management, self-leadership, and the nurse manager. *Adm Sci*. 2020;10(3).
76. Jankelová N, Joniaková Z. Communication skills and transformational leadership style of first-line nurse managers in relation to job satisfaction of nurses and moderators of this relationship. *Healthcare*. 2021;9(346).
77. Ay F, Şehrinaz P, Kashimi T. Relationship Between the Problem-Solving Skills and Empathy Skills of Operating Room Nurses. *The Journal of Nursing Research*. 2020;28(2).
78. Guerrero JG, Ali SAA, Attallah DM. The Acquired Critical Thinking Skills, Satisfaction, and Self Confidence of Nursing Students and Staff Nurses through High-fidelity Simulation Experience. *Clin Simul Nurs*. 2022;64:24–30.
79. Mahmood LS, Mohammed CA, Gilbert JHV. Interprofessional simulation education to enhance teamwork and communication skills among medical and nursing undergraduates using the TeamSTEPPS® framework. *Med J Armed Forces India*. 2021;77:42–8.

80. Welch TFD, Strickland HP. Utilizing Nursing Students for a Complex Role-Play Simulation. *Clin Simul Nurs*. 2021;60:74–7.
81. Lugo RG, Hjelmeland I, Hansen MT, Haug E, Sütterlin S, Grønlien HK. Impact of initial emotional states and self-efficacy changes on nursing students' practical skills performance in simulation-based education. *Nurs Rep*. 2021;11(2):267–78.
82. Alzahrani KH, Abutalib RA, Elsheikh AM, Alzahrani LK, Khoshhal KI. The need for non-technical skills education in orthopedic surgery. *BMC Med Educ*. 2023;23(1).
83. Green-Weir RR, Anderson D, Carpenter R. Impact of instructional practices on soft-skill competencies. *Res High Educ J*. 2021;40:1.
84. Almeida F, Morais J. Strategies for Developing Soft Skills Among Higher Engineering Courses. *Journal of Education*. 2023;203(1):103–12.
85. Garassini ME, Aldana M. Diseño de intervenciones para el desarrollo de habilidades socio-emocionales: experiencias con la asignatura Socio Emotinal Learning (SEL) en UNICA. *Plumilla Educativa*. 2020;29(1):69–97.
86. Silberman M. *A Handbook of Techniques, Designs, Case Examples, and Tips*. 3rd ed. Taff R, editor. San Francisco: Pfeiffer; 2006.
87. You Y. Learning Experience: An Alternative Understanding Inspired by Thinking Through Confucius. *ECNU Review of Education*. 2020;3(1):66–87.
88. Sanglard LF, Oliveira LB, Brito RB de, Calasans MCM de, Simoes LFDCC, Issa YSM de M, et al. Active teaching methodologies in health education. *Rev Gaúch Odontol*. 2022;70.
89. Ferrada N, Contreras J. Aprendizaje Basado en Equipos: La perspectiva de los futuros profesores. *Revista de Estudios y Experiencias en Educación*. 2021;20(42):117–35.
90. Wijnen-Meijer M, Brandhuber T, Schneider A, Berberat PO. Implementing Kolb's Experiential Learning Cycle by Linking Real Experience, Case-Based Discussion and Simulation. *J Med Educ Curric Dev*. 2022 Jan;9:1–5.
91. Widad A, Abdellah G. Strategies Used to Teach Soft Skills in Undergraduate Nursing Education: A Scoping Review. *Journal of Professional Nursing*. 2022;42:209–18.
92. Latorre-Coscolluela C, Suárez C, Quiroga S, Sobradíel-Sierra N, Lozano-Blasco R, Rodríguez-Martínez A. Flipped Classroom model before and during COVID-19: using technology to develop 21st century skills. *Interactive Technology and Smart Education*. 2021;18(2):189–204.
93. Oudbier J, Spaai G, Timmermans K, Boerboom T. Enhancing the effectiveness of flipped classroom in health science education: a state-of-the-art review. *BMC Med Educ*. 2022 Dec 1;22(1).

94. Barranquero-Herbosa M, Abajas-Bustillo R, Ortego-Maté C. Effectiveness of flipped classroom in nursing education: A systematic review of systematic and integrative reviews. *Int J Nurs Stud.* 2022 Nov 1;135.
95. Jdaitawi M. Does flipped learning promote positive emotions in science education? A comparison between traditional and flipped classroom approaches. *Electronic Journal of e-Learning.* 2020;18(6):516–24.
96. Adams SM. *Gamification: Game-based Learning / Serious Games and 21st Century Soft Skill Development in Nursing Education.* Columbus State University; 2023.
97. Altomari L, Altomari N, Lazzolino G. Gamification and Soft Skills Assessment in the Development of a Serious Game: Design and Feasibility Pilot Study. *JMIR Serious Games.* 2023;11.
98. Lampropoulos G, Keramopoulos E, Diamantaras K, Evangelidis G. Augmented Reality and Gamification in Education: A Systematic Literature Review of Research, Applications, and Empirical Studies. *Applied Sciences.* 2022 Jul 1;12(13).
99. Novais AS de, Matelli JA, Silva MB. Fuzzy Soft Skills Assessment through Active Learning Sessions. *Int J Artif Intell Educ.* 2024 Jun 1;34(2):416–51.
100. Abrahams L, Pancorbo G, Primi R, Santos D, Kyllonen P, John OP, et al. Social-Emotional Skill Assessment in Children and Adolescents: Advances and Challenges in Personality, Clinical, and Educational Contexts. *Psychol Assess.* 2019 Apr 1;31(4):460–73.
101. Maldonado LD, Enrico R, Mayorga S. Evaluación y aprendizaje en educación universitaria: estrategias e instrumentos. In: Sanchez M, Martinez A, editors. 1st ed. CDMX: UNAM, Coordinación de Universidad Abierta, Innovación Educativa y Educación a Distancia; 2022.
102. Domínguez-Rodríguez Y. Instruments and types of evaluation. *Con-Ciencia SERRANA.* 2022;4(7):37–9.
103. Correa Fernandez DP, Gonzalez Gallardo C. Uso de la evaluación en 360 grados para medir competencias en residentes de programas de postítulo de especialidades médicas. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas.* 2020 Mar 26;45(1):26–31.
104. Hernández-Jorge CM, Rodríguez-Hernández AF, Kostiv O, Domínguez-Medina R, Hess-Medler S, Capote MC, et al. Emotional Competence Assessment Scale: Teaching perspective (D-ECREA). *Psicol Educ (Madr).* 2022 Jan 1;28(1):61–9.
105. Negru IA, Paloş R. Tools for assessing students' socio-emotional competencies. A systematic literature review. *Journal of Educational Sciences.* 2023 Jul 15;47(1):113–27.

106. Reed BN, Smith KJ, Robinson JD, Haines ST, Farland MZ. Situational judgment tests: An introduction for clinician educators. *Journal of the American College of clinical pharmacy*. 2022 Jan 13;5(1):67–74.
107. Forbus K, Kyllonen P, Chokron S, De Fruyt F, Woolley A, Greiff S, et al. AI and the Future of Skills. *Capabilities and Assessments, Educational Research and Innovation*. 1st ed. OECD's Artificial Intelligence and Future of Skills project team, editor. OECD; 2021. (Educational Research and Innovation).
108. Arancibia A, Paredes P, Salibe S, Alfaro M. Psychometric properties of the Spanish version of a questionnaire to evaluate clinical simulation in Health Sciences degrees. *Enferm Clin*. 2022 Jan 1;32(1):12–20.
109. Aracely D, Alquinga S, Patricio L, Yupangui G. Clinical simulation as a teaching-learning strategy for nursing training. *Conecta Libertad*. 2022 Aug 18;6(2):85–95.
110. Burrus J, Rikoon S, Brenneman M. *Assessing Competencies for Social and Emotional Learning: Conceptualization, Development and Applications*. Burrus J, Rikoon S, Brenneman M, editors. New York: Routledge; 2023.
111. Koukourikos K, Tsaloglidou A, Kourkouta L, Papathanasiou I V., Iliadis C, Fratzana A, et al. Simulation in clinical nursing education. *Acta Informatica Medica*. 2021;29(1):15–20.
112. Lioce L, Lopreiato J, Downing D, Gammon W, Lioce L, Sittner B, et al. *Healthcare Simulation Dictionary*. 2.1. Lioce L, Lopreiato J, editors. Vol. 16, *Healthcare Simulation Dictionary*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016.
113. Saragih ID, Tarihoran DETAU, Lin WT, Lee BO. Outcomes of scenario-based simulation courses in nursing education: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Today*. 2024 May;136:106145.
114. Kirkpatrick AJ, Cantrell MA, Smeltzer SC. Palliative Care Simulations in Undergraduate Nursing Education: An Integrative Review. *Clin Simul Nurs* [Internet]. 2017;13(9):414–31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2017.04.009>
115. Hernández E, Camacho M, Leal-Costa C, Ruzafa-Martínez M, Ramos-Morcillo AJ, Cazorla E, et al. Does multidisciplinary team simulation-based training improve obstetric emergencies skills? *Healthcare (Switzerland)*. 2021 Feb 1;9(2).
116. Lynch A. Simulation-based acquisition of non-technical skills to improve patient safety. *Semin Pediatr Surg*. 2020 Apr 1;29(2).
117. Abildgren L, Lebahn-Hadidi M, Mogensen CB, Toft P, Nielsen AB, Frandsen TF, et al. The effectiveness of improving healthcare teams' human factor skills using simulation-based training: a systematic review. *Advances in Simulation*. 2022 Dec 1;7(1).

118. Moll-Khosrawi P, Zöllner C, Cencin N, Schulte-Uentrop L. Flipped learning enhances non-technical skill performance in simulation-based education: a randomised controlled trial. *BMC Med Educ.* 2021 Dec 1;21(1).
119. Elshama S. How to apply Simulation-Based Learning in Medical Education? *Iberoamerican Journal of Medicine.* 2020;2:79–86.
120. Mahdy ZA, Maaya M, Atan IK, Abd Samat AH, Isa MH, Saiboon IM. Simulation in healthcare in the realm of education 4.0. *Sains Malays.* 2020 Aug 1;49(8):1987–93.
121. Barroso A, Herrera I. *Manual de Simulación Clínica en Especialidades Médicas.* 1st ed. Bellido I, editor. Malaga: Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA); 2021. 9–13 p.
122. Corvetto M, Pía M, Montaña R, Utili F, Escudero E, Boza C, et al. Simulación en educación médica: una sinopsis. *Rev Med Chile.* 2013;141:70–9.
123. Maran NJ, Glavin RJ. Low-to high-fidelity simulation-a continuum of medical education? *Med Educ.* 2023;37(1):22–8.
124. Cerón-Apipilhuasco A, Rodríguez-Cruz L, Mendoza-Carrasco MT, Loría-Castellanos J. Introducción a la simulación clínica. *Revista de Educacion e Investigacion en Emergencias.* 2020 Dec 14;1(4).
125. Masoumian Hosseini T, Ahmady S, Edelbring S. Teaching Clinical Decision-Making Skills to Undergraduate Nursing Students via Web-based Virtual Patients during the COVID-19 Pandemic: A New Approach to The CyberPatient™ Simulator. *Journal of Contemporary Medical Sciences.* 2022 Feb 26;8(1).
126. Dung D. The Advantages and Disadvantages of Virtual Learning. *Journal of Research & Method in Education.* 2020;10(3):45–8.
127. International Network of Scientific Partners. <https://bodyinteract.com/>. 2025. Body Interact- Virtual Patients.
128. Alconero-Camarero AR, María Sarabia-Cobo C, Catalán-Piris MJ, González-Gómez S, Rafael González-López J. Nursing Students' Satisfaction: A Comparison between Medium- and High-Fidelity Simulation Training. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Jan 19;18(804).
129. Nicolaides M, Theodorou E, Emin EI, Theodoulou I, Andersen N, Lymperopoulos N, et al. Team performance training for medical students: Low vs high fidelity simulation. *Annals of Medicine and Surgery.* 2020 Jul 1;55:308–15.

130. Ayaz O, Ismail FW. Healthcare Simulation: A Key to the Future of Medical Education – A Review. *Adv Med Educ Pract.* 2022;13:301–8.
131. Mahoney B, Minehart RD, Pian-Smith MCM. *Comprehensive Healthcare Simulation: Anesthesiology.* Levine A, DeMaria S, editors. Comprehensive Healthcare Simulation Series. Boston: Springer; 2020.
132. The Laerdal Group. Laerdal- Helping save lives [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 21]. Available from: <https://laerdal.com/distributors/>
133. Abdulhussain Y, Ghelani H, Henderson H, Sudhir M, Mascarenhas S, Radhakrishnan R, et al. The use and effectiveness of high-fidelity simulation in health professions education: current update. *Simulation.* 2022 Dec 2;98(12):1085–95.
134. Cao G, Grigoriadis KM. Blood pressure response simulator to vasopressor drug infusion (PressorSim). *Int J Control.* 2021 Oct 3;94(10):2919–33.
135. Abajas-Bustillo R, Amo-Setién F, Aparicio M, Ruiz-Pellón N, Fernández-Peña R, Silio-García T, et al. Using high-fidelity simulation to introduce communication skills about end-of-life to novice nursing students. *Healthcare.* 2020;8(3).
136. Ziv A, Root P, Small SD, Glick S. Simulation-Based Medical Education: An Ethical Imperative. *Academic Medicine.* 2003 Aug;78(8).
137. Alshammari E. Simulated Role-playing in Pharmacy. *International Journal of Pharmaceutical Quality Assurance.* 2020;11(1):176–81.
138. Witherspoon M, Pankonien CA, Baldwin J, Hunter C. The impact of a role-play patient simulation on nursing students as measured by the comprehensive state empathy scale. *Teaching and Learning in Nursing.* 2023 Jul 1;18(3):79–83.
139. Botezatu M, Hult H, Tessma MK, Fors U. Virtual patient simulation: Knowledge gain or knowledge loss. *Med Teach.* 2010 Jul;32(7):562–8.
140. Tinôco JD de S, Enders BC, Sonenberg A, Lira ALB de C. Virtual clinical simulation in nursing education: a concept analysis. *Int J Nurs Educ Scholarsh.* 2021;18(1):1–13.
141. Esteban G, Fernández C, Casimiro A, De Pedro J, Vega A. Simulación Háptica: Juegos Serios para la Rehabilitación. *Catedra Telefónica-ULE.* 2017 Jun 7;1.
142. Rangarajan K, Davis H, Pucher PH. Systematic Review of Virtual Haptics in Surgical Simulation: A Valid Educational Tool? *J Surg Educ.* 2020 Mar;77(2):337–47.
143. Siegelman JN, Nagrani S, Coralli CH, Ander DS. Standardized Participants. In: Strother C, Okuda Y, Wong N, McLaughlin S, editors. *Comprehensive Healthcare Simulation: Emergency Medicine Comprehensive Healthcare Simulation.* Springer; 2021. p. 93–101.

144. Mendoza MI, Marín Y, Rodríguez LM, Torres RM. El paciente estandarizado: desarrollo de habilidades clínicas y de comunicación en estudiantes de medicina. *Investigación en Educación Médica*. 2025 Jan 5;14(53):72–9.
145. Bastías-Vega N, Pérez-Villalobos C, Reyes-Aramburu EP, Behrens-Pérez C, Armijo-Rivera S. Aportes de la simulación al desarrollo del razonamiento clínico en estudiantes de pregrado de medicina. *Revista Latinoamericana de Simulación Clínica*. 2020;2(1):19–25.
146. Escribano S, Cabañero-Martínez MJ, Fernández-Alcántara M, García-Sanjuán S, Montoya-Juárez R, Juliá-Sanchis R. Efficacy of a standardised patient simulation programme for chronicity and end-of-life care training in undergraduate nursing students. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Nov 1;18(21).
147. Armijo-Rivera S, Behrens CC, Giaconi ME, Hurtado AS, Fernandez MR, Parra PA, et al. Validation of the Spanish version of a patient-centered communication assessment instrument in OSCEs. *Educacion Medica*. 2021 Jul 1;22(4):193–8.
148. Khan HS, Sheikh NS. Role-Play: A simulated teaching technique in physiology. *Pakistan Journal of Physiology*. 2021 Dec 31;17(4):46–50.
149. Palacios J, Venegas V, Mediano M, Bryson W. Role Play as a Methodological Strategy to Develop Socio - emotional Skills in University Students. *J Pharm Negat Results*. 2022 Sep 22;13(3).
150. Carty E. Educating Midwives with the World’s First Simulator: Madame du Coudray’s Eighteenth Century Mannequin. *Canadian Journal of Midwifery Research and Practice*. 2024 May 22;9(1):35–45.
151. Guerra C, Carrasco P, Garcia N. El rol de la simulación en el aprendizaje de habilidades procedimentales en estudiantes de enfermería: historia y desafíos. *Rev Med Chile*. 2022;150:216–21.
152. Elendu C, Amaechi DC, Okatta AU, Amaechi EC, Elendu TC, Ezeh CP, et al. The impact of simulation-based training in medical education: A review. *Medicine*. 2024 Jul 5;103(27).
153. Lee JH, Lee H, Kim S, Choi M, Ko IS, Bae JY, et al. Debriefing methods and learning outcomes in simulation nursing education: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Today*. 2020 Apr 1;87.
154. Martin A, Cross S, Attoe C. The use of in situ simulation in healthcare education: Current perspectives. *Adv Med Educ Pract*. 2020 Nov 27;11:893–903.
155. Cerra C, Dante A, Caponnetto V, Franconi I, Gaxhja E, Petrucci C, et al. Effects of high-fidelity simulation based on life-threatening clinical condition scenarios on learning

- outcomes of undergraduate and postgraduate nursing students : a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2019 Jan 8;9.
156. Kononowicz AA, Woodham LA, Edelbring S, Stathakarou N. Virtual Patient Simulations in Health Professions Education : Systematic Review and Meta-Analysis by the Digital Health Education Collaboration Corresponding Author : 2019;21:1–20.
 157. Delisle M, Ward MAR, Pradarelli JC, Panda N, Howard JD, Hannenberg AA. Comparing the Learning Effectiveness of Healthcare Simulation in the Observer Versus Active Role: Systematic Review and Meta-Analysis. *Simul Healthc*. 2019 Oct;14(5):318–32.
 158. Ardakani M, Sharifabad M, Bahrami M, Abargouei A. The effect of communication skills training on the self-efficacy of nurses : a systematic review and meta-analysis study. *Bali Med J*. 2018 Apr 1;8(1):144–52.
 159. Selman LE, Brighton LJ, Hawkins A, McDonald C, O'Brien S, Robinson V, et al. The Effect of Communication Skills Training for Generalist Palliative Care Providers on Patient-Reported Outcomes and Clinician Behaviors: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2017 Sep;54(3):404–16.
 160. Piot MA, Dechartres A, Attoe C, Jollant F, Lemogne C, Layat Burn C, et al. Simulation in psychiatry for medical doctors: A systematic review and meta-analysis. *Med Educ*. 2020;54(8):696–708.
 161. Ross S. Simulation-Based Learning: From Learning Theory to Pedagogical Application. *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*. 2021 Oct 1;19(4).
 162. Herrera-Aliaga E, Estrada LD. Trends and Innovations of Simulation for Twenty First Century Medical Education. *Front Public Health*. 2022 Mar 3;10.
 163. Pinzón J. Teoría del Aprendizaje Significativo de Ausubel en el Desarrollo de Estrategias de Aprendizaje Hacia un Pensamiento Crítico. *Ciencia Latina Revista Multidisciplinar*. 2024 Jul 17;8(3):8858–70.
 164. Mishra NR. Constructivist Approach to Learning: An Analysis of Pedagogical Models of Social Constructivist Learning Theory. *Journal of Research and Development*. 2023 Jun 6;6(01):22–9.
 165. Lee SJ, Reeves TC. Edgar Dale: A Significant Contributor to the Field of Educational Technology. *Educational technology*. 2007;47(6):56–9.
 166. Rondal DE. Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en la educación y su incidencia en el área de ciencias sociales, aplicado a los estudiantes de general básica. *Prometeo Conocimiento Científico*. 2022 Nov 12;3(1):16–29.

167. Watts PI, McDermott DS, Alinier G, Charnetski M, Ludlow J, Horsley E, et al. Healthcare Simulation Standards of Best Practice™ Simulation Design. *Clin Simul Nurs*. 2021 Sep 1;58:14–21.
168. Flores SL. Simulación clínica en la formación de profesionales de la salud: explorando beneficios y desafíos. *Revista Científica de Salud y Desarrollo Humano*. 2024 May 9;5(2):116–29.
169. Cate O, Carraccio C, Damodaran A, Gofton W, Hamstra SJ, Hart DE, et al. Entrustment Decision Making: Extending Miller’s Pyramid. *Acad Med*. 2021;96(2):199–204.
170. Chanatasig AL, Cunuhay CA, Rueda DE, Borja LT. Fases de estandarización en clínica de simulación para la realización de prácticas en estudiantes de enfermería. *Revista Científica Retos de la Ciencia*. 2020 Jan 1;4(8):70–80.
171. da Silva CC, Natarelli TRP, Domingues AN, Fonseca LMM, Melo L de L. Prebriefing in clinical simulation in nursing: scoping review. *Rev Gaucha Enferm*. 2022;43.
172. Yockey J, Henry M. Simulation Anxiety across the Curriculum. *Clin Simul Nurs*. 2019 Apr 1;29:29–37.
173. Segura N, Eraña IE, Luna-de-la-Garza M, Castorena-Ibarr J, López MV. Analysis of anxiety on early clinical encounters: Experiences using clinical simulation in undergraduate students. *Educacion Medica*. 2020 Nov 1;21(6):377–82.
174. Kaneko RMU, Lopes MHB de M. Realistic health care simulation scenario: what is relevant for its design? *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2019;53.
175. Garmaise-Yee J, Houston C, Johnson T, Sarmiento S. Virtual simulation debriefing in health professions education: a scoping review protocol. *JBI Evid Synth*. 2022 Jun 11;20(6):1553–9.
176. World Health Organization. The global practice of after action review: a systematic review of literature. World Health Organization, editor. Geneva; 2019.
177. Duff JP, Morse KJ, Seelandt J, Gross IT, Lydston M, Sargeant J, et al. Debriefing Methods for Simulation in Healthcare: A Systematic Review. *Simulation in Healthcare*. 2024 Jan 1;19(1):112–21.
178. Alinier G, Decker S, Crawford S, Jenkins D, Gordon R, Wilson C. 42 Updates to the International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning Simulation Debriefing Standard of Best Practice. *International Journal of Healthcare Simulation*. 2021 Dec 23;1(1).

179. Seelandt JC, Walker K, Kolbe M. "A debriefer must be neutral" and other debriefing myths: a systemic inquiry-based qualitative study of taken-for-granted beliefs about clinical post-event debriefing. *Advances in Simulation*. 2021 Dec 1;6(1).
180. Cheng A, Eppich W, Kolbe M, Meguerdichian M, Bajaj K, Grant V. A Conceptual Framework for the Development of Debriefing Skills: A Journey of Discovery, Growth, and Maturity. *Simulation in Healthcare*. 2020 Feb 1;15(1):55–60.
181. Sweeney RE, Clapp JT, Arriaga AF, Muralidharan M, Burson RC, Gordon EKB, et al. Understanding Debriefing: A Qualitative Study of Event Reconstruction at an Academic Medical Center. *Academic Medicine*. 2020 Jul 1;95(7):1089–97.
182. Steinwachs B. How to facilitate a debriefing. *Simul Gaming*. 1992;23(2):186–95.
183. Rosa MEC, Pereira-Ávila FMV, Góes FGB, Pereira-Caldeira NMV, Sousa LRM, Goulart M de C e L. Aspectos positivos e negativos da simulação clínica no ensino de enfermagem. *Escola Anna Nery*. 2020;24(3).
184. Falloon G. Using simulations to teach young students science concepts: An Experiential Learning theoretical analysis. *Comput Educ*. 2019 Jul 1;135:138–59.
185. Al-Elq A. Simulation-based medical teaching and learning. *J Family Community Med*. 2010;17(1):35.
186. Cohen BS, Boni R. Holistic Nursing Simulation: A Concept Analysis. *Journal of Holistic Nursing*. 2018 Mar 1;36(1):68–78.
187. Viglialoro RM, Condino S, Turini G, Carbone M, Ferrari V, Gesi M. Augmented reality, mixed reality, and hybrid approach in healthcare simulation: A systematic review. *Applied Sciences*. 2021 Mar 1;11(5):1–20.
188. Jacobs S, Taylor C, Dixon K, Wilkes L. The advantages and disadvantages of using High Fidelity Simulation as an environment to observe undergraduate nurses' actions and their alignment with clinical judgement characteristics. *Clin Nurs Stud*. 2019 Nov 24;8(1):15.
189. Ko EJ, Kim EJ. Effects of Simulation-Based Education before Clinical Experience on Knowledge, Clinical Practice Anxiety, and Clinical Performance Ability in Nursing Students. *Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*. 2019 Aug 31;25(3):289–99.
190. Mauriz E, Caloca-Amber S, Córdoba-Murga L, Vázquez-Casares AM. Effect of psychophysiological stress and socio-emotional competencies on the clinical performance of nursing students during a simulation practice. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(10).

191. Sadovnikova A, Chuisano SA, Ma K, Grabowski A, Stanley KP, Mitchell KB, et al. Development and evaluation of a high-fidelity lactation simulation model for health professional breastfeeding education. *Int Breastfeed J.* 2020;15(1).
192. Kaneko RMU, Monteiro I, de Moraes Lopes MHB. Form for planning and elaborating high fidelity simulation scenarios: A validation study. *PLoS One.* 2022 Sep 1;17(9).
193. Lapum JL, Verkuyl M, Hughes M. Self-Debriefing in Virtual Simulation. *Nurse Educ.* 2019;44(6).
194. Paricio J, Fernández A, Fernández I. Cartografía de la buena docencia universitaria. *Narcea.* 2019;312.
195. Alonso-Sáez I, Arandia-Loroño M. 15 años desde la Declaración de Bolonia. Desarrollo, situación actual y retos del Espacio Europeo de Educación Superior. *Rev Iberoam Educ Super.* 2017;8(23):199–213.
196. Sánchez-Teruel D, Robles-Bello MA, González-Cabrera M. Social skills in university students studying Health Sciences (Spain). *Educacion Medica.* 2015;16(2):126–30.
197. Bisquerra R. La educación emocional en la formación del profesorado. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado.* 2005;19(3):95-114.
198. Fernández-Domínguez MR. Más allá de la educación emocional: la formación para el crecimiento y desarrollo personal del profesorado: PRH como modelo de referencia. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado.* 2005;19(3):195.
199. Payton J, Weissberg RP, Durlak JA, Dymnicki AB, Taylor RD, Schellinger KB, et al. *The Positive Impact of Social and Emotional Learning for Kindergarten to Eighth-Grade Students: Findings from Three Scientific Reviews.* Chicago, IL: Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning; 2008.
200. Ghezzi, JFSA.; Higa, EFR.; Lemes, MA.; Marin MJS. Strategies of active learning methodologies in nursing education: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(1):e20200130.
201. Culha I. Active learning methods used in nursing education. *Journal of Pedagogical Research.* 2019;3(2):74–86.
202. Lalani S. Effectiveness of simulation in nursing education- A narrative review of literature. *Liaquat Medical Research Journal.* 2023 Sep 30;5(03).
203. Moslehi S, Masoumi G, Barghi-Shirazi F. Benefits of simulation-based education in hospital emergency departments: A systematic review. *J Educ Health Promot.* 2022 Jan 31;11(1):40.

204. Gelis A, Cervello S, Rey R, Llorca G, Lambert P, Franck N, et al. Peer Role-Play for Training Communication Skills in Medical Students: A Systematic Review. *Simulation in Healthcare*. 2020;15(2):106–11.
205. Shorey S, Ang E, Ng ED, Yap J, Lau LST, Chui CK. Communication skills training using virtual reality: A descriptive qualitative study. *Nurse Educ Today*. 2020 Nov 1;94.
206. Foronda CL, Fernandez-Burgos M, Nadeau C, Kelley CN, Henry MN. Virtual Simulation in Nursing Education: A Systematic Review Spanning 1996 to 2018. *Simulation in Healthcare*. 2020;15(1):46–54.
207. Garrison EA, Phippen JL. Competency Assessment in Simulation-Based Training: Educational Framework and Optimal Strategies. In: Deering S, Auguste T, Goffman D, editors. *Comprehensive Healthcare Simulation: Obstetrics and Gynecology*. Cham: Springer; 2019. p. 135–60.
208. Higham H. Simulation past, present and future - A decade of progress in simulation-based education in the UK. *BMJ Simul Technol Enhanc Learn*. 2021 Jul 1;7(5):404–9.
209. Graf J, Smolka R, Simoes E, Zipfel S, Junne F, Holderried F, et al. Communication skills of medical students during the OSCE: Gender-specific differences in a longitudinal trend study. *BMC Med Educ*. 2017 May 2;17(1).
210. Arrogante Ó, Raurell-Torredà M, Zaragoza-García I, Sánchez-Chillón FJ, Aliberch-Raurell AM, Amaya-Arias A, et al. Programa de entrenamiento basado en TeamSTEPPS® mediante simulación clínica en profesionales de cuidados intensivos: un estudio con metodología mixta. *Enferm Intensiva*. 2023 Jul;34(3):126–37.
211. Johnston S, Coyer FM, Nash R. Kirkpatrick's Evaluation of Simulation and Debriefing in Health Care Education: A Systematic Review. *Journal of Nursing Education*. 2018 Jul;57(7):393–8.
212. El Nsouli D, Nelson D, Nsouli L, Curtis F, Ahmed SI, McGonagle I, et al. The Application of Kirkpatrick's Evaluation Model in the Assessment of Interprofessional Simulation Activities Involving Pharmacy Students: A Systematic Review. *Am J Pharm Educ*. 2023 Aug;87(8).
213. El Hussein MT, Cuncannon A. Nursing students' transfer of learning from simulated clinical experiences into clinical practice: A scoping review. *Nurse Educ Today*. 2022 Jun 23;116.
214. Mirza N, Cinel J, Noyes H, McKenzie W, Burgess K, Blackstock S, et al. Simulated patient scenario development: A methodological review of validity and reliability reporting. *Nurse Educ Today*. 2020 Feb;85.
215. Graham S, Sealey A. Influence of simulation fidelity on student learning in a prehospital setting. *Journal of Paramedic Practice*. 2024 Jul 2;16(7):296–302.

216. Au ML, Tong LK, Li YY, Ng WI, Wang SC. Impact of scenario validity and group size on learning outcomes in high-fidelity simulation: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Today*. 2023 Feb;121.
217. Fotheringham D. Triangulation for the assessment of clinical nursing skills: A review of theory, use and methodology. *Int J Nurs Stud*. 2010 Mar;47(3):386–91.
218. Lee GL, Ramaswamy A. Physical, psychological, social, and spiritual aspects of end-of-life trajectory among patients with advanced cancer: A phenomenological inquiry. *Death Stud*. 2020 May 3;44(5):292–302.
219. Marrero C, García A. Vivencias de las enfermeras ante la muerte. Una revisión. *Revista ENE de Enfermería*. 2019;13(2).
220. Fuentes F, Bravo J, Kong SY, Lorca V, Torrens V. Evidencias sobre las experiencias que el profesional de enfermería vivencia al momento de enfrentar la muerte de un paciente en distintas áreas hospitalarias. *Revista Confluencia*. 2021 Dec 30;4(2):81–5.
221. Chua JYX, Shorey S. Effectiveness of end-of-life educational interventions at improving nurses and nursing students' attitude toward death and care of dying patients: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Today*. 2021 Jun 1;101.
222. Bragança J, Martins L, Campos de Carvalho E, Vieira M, Caldeira S. End-of-life: An urgent update in nursing terminology. *Japan Journal of Nursing Science*. 2021 Oct 1;18(4).
223. Price DM, Strodtman L, Montagnini M, Smith HM, Miller J, Zybert J, et al. Palliative and end-of-life care education needs of nurses across inpatient care settings. *J Contin Educ Nurs*. 2017;48(7):329–36.
224. Cara Rodríguez R. Un estudio fenomenológico acerca de las percepciones de los profesionales de Enfermería sobre la muerte. *Ene*. 2020;14(1):1417.
225. Vázquez Sánchez D, Hernández Rodríguez VM, Castruita Sánchez M del C, Álvarez Aguirre A. Experiencia de la enfermera ante la muerte del paciente pediátrico, una construcción desde la fenomenología. *ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería*. 2021 Jul 18;8(1):14–23.
226. Osés Zubiri M, Casas JM, Seguel F. Actitudes hacia la muerte de profesionales de Enfermería de España y Chile. *Metas de Enfermería*. 2020 Dec;23.
227. Hernández Ramírez M de J, González Martín EY, Fuentes Rodríguez AM, Carranza López SA, Compeán Padilla V, Guerrero Castañeda RF. Experiencia vivida del primer contacto con muerte en prácticas clínicas de estudiantes de enfermería. *Enfermería Global*. 2022 Jan 1;21(1):116–39.

228. Palomar MC, Romero M, Pérez E, Romero MI. Educar para la vida y la muerte a los estudiantes de Enfermería: “del miedo al amor.” *Enfermería: Cuidados Humanizados*. 2020 May 15;9(1):63–79.
229. Cherny NI, Ziff-Werman B, Kearney M. Burnout, compassion fatigue, and moral distress in palliative care. In: Cherny NI, Fallon MT, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford University Press; 2021. p. 166–80.
230. Gijón M, López E, Suero del Moral A, Navarro E, Rojo P, Belda S. Palliative care training in Spanish medical schools: student assessment. *BMJ Support Palliat Care*. 2025 Jan 15;
231. Ruiz-Pellón N, Sarabia-Cobo C, Amo-Setién F, Fernández-Peña R, Abajas R, Martín R, et al. Experiences of nursing students participating in end-of-life education programs: A systematic review and qualitative metasynthesis. *Nurse Educ Today*. 2020 Jul 1;90.
232. Alghamdi N, Canale ML, Beckie T, Buck HG, Szalacha L, Roman J, et al. Use of Simulation to Improve Emotional Competence at End-of-Life Care for Healthcare Professionals and Students: A Scoping Review. *Clin Simul Nurs*. 2021 Jun 1;55:67–85.
233. Hoang C, Copnell B, Lawrence K, Peddle M. Undergraduate Nursing Education and End-of-Life Simulation: A Scoping Review. *Clin Simul Nurs*. 2022 Sep;70:56–73.
234. Jablonski A, McGuigan J, Westmoreland C. Innovative end-of-life simulation: Educating nursing students to care for patients during transition. *Clin Simul Nurs*. 2020;48:68–74.
235. Maté O, Pérez B, Vicario P, Martín P. Valoración del Aula invertida como metodología en la educación para el final de la vida por estudiantes de enfermería. *CIDUI*. 2021;
236. Durojaiye A, Ryan R, Doody O. Student nurse education and preparation for palliative care: A scoping review. *PLoS One*. 2023 Jul 3;18(7).
237. Dugué M, Sirost O, Dosseville F. A literature review of emotional intelligence and nursing education. *Nurse Educ Pract*. 2021 Jul 1;54.
238. Gómez-Díaz M, Delgado-Gómez MS, Gómez-Sánchez & R. Education, Emotions and Health: Emotional Education in Nursing. *Procedia Soc Behav Sci*. 2017 Feb;237:492–8.
239. Yoong SQ, Schmidt LT, Chao FFT, Devi KM, Wang W, Zhang H. Nursing students' perspectives and learning experiences of participating in a palliative and end-of-life care simulation programme: A qualitative study. *Nurse Educ Today*. 2024 Mar;134.
240. Abad-Corpa E, Guillén-Ríos JF, Pastor-Bravo M del M, Jiménez-Ruiz I. Evaluación de la simulación de alta fidelidad con actores en cuidados paliativos y estudiantes de Enfermería: un estudio de método mixto. *Enferm Clin*. 2023 Nov;33(6):401–11.

241. Yoong SQ, Wang W, Seah ACW, Kumar N, Gan JON, Schmidt LT, et al. Nursing students' experiences with patient death and palliative and end-of-life care: A systematic review and meta-synthesis. *Nurse Educ Pract.* 2023 May 1;69.
242. Rodger D, Stewart-Lord A. Students' perceptions of debating as a learning strategy: A qualitative study. *Nurse Educ Pract.* 2020 Jan 1;42.
243. Nurakhir A, Palupi FN, Langeveld C, Nurmalia D. Students' views of classroom debates as a strategy to enhance critical thinking and oral communication skills. *Nurse Media Journal of Nursing.* 2020 Aug 27;10(2):130–45.
244. Durá M. *La Simulación Clínica como metodología de aprendizaje y adquisición de competencias en enfermería.* [Madrid]: Universidad Complutense de Madrid; 2013.
245. El Economista. La Escuela de Enfermería de la UC organiza el primer curso en español para instructores de simulación clínica [Internet]. 2011 [cited 2025 Mar 4]. Available from: <https://www.eleconomista.es/investigacion/noticias/3569408/11/11/La-Escuela-de-Enfermeria-de-la-UC-organiza-el-primer-curso-en-espanol-para-instructores-de-simulacion-clinica--.html>
246. Haroen H, Mirwanti R, Sari CWM. Knowledge and Attitude toward End-of-Life Care of Nursing Students after Completing the Multi-Methods Teaching and Learning Palliative Care Nursing Course. *Sustainability.* 2023 Mar 1;15(5).
247. Oba K, Tanimura C, Noguchi Y, Chujo M, Yoshioka SI. Perspectives of nursing students on end-of-life nurse education: A qualitative study of the guided death experience. *Nurse Educ Today.* 2023 Jul 1;126.
248. Holmes T, Vifladt A, Ballangrud R. A qualitative study of how inter-professional teamwork influences perioperative nursing. *Nurs Open.* 2020 Mar 1;7(2):571–80.
249. Mufato LF, Gaiva MAM. Nurses' empathy with newborns hospitalized in neonatal intensive care units. *ACTA Paulista de Enfermagem.* 2022;35.
250. Lanza-Postigo M, Abajas-Bustillo R, Martin-Melón R, Ruiz-Pellón N, Ortego-Maté C. The Effectiveness of Simulation in the Acquisition of Socioemotional Skills Related to Health Care: A Systematic Review of Systematic Reviews. *Clin Simul Nurs.* 2024 Jul 1;92.
251. Tejero JM. *Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario.* Universidad CLM. España; 2021.
252. Lincoln S, Guba EG. *Naturalistic Inquiry.* SAGE. Newbury Park; 1985.
253. Patton M. *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice.* Thousand Oaks: SAGE; 2014.

254. Castillo N. Phenomenology as a qualitative research method: questions from the research practice. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*. 2021;20:7–18.
255. Morse J. *Critical issues in qualitative research methods*. Thousand Oaks: SAGE; 1994.
256. Husserl E. *Ideas relativas a una filosofía pura y a una filosofía fenomenológica*. Mexico DF: Fondo de Cultura Económica; 1962.
257. Heidegger M. *Ser y Tiempo*. Madrid: Tecnos; 2009.
258. Van Manen M. *Investigación educativa y experiencia vivida: Ciencia humana para una pedagogía de la acción y la sensibilidad*. Barcelona: Idea Books S.A.; 2003.
259. Cohen L, Manion L, Morrison K. *Research Methods in Education*. Routledge; 2007.
260. Morse JM. “Data Were Saturated . . .” *Qual Health Res*. 2015 May 31;25(5):587–8.
261. Finch H, Lewis J, Turley C. *Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers*. SAGE Publications, Inc. Gillan, P.C., Jeong, S., van der Riet, P.J., 2014. *End of life care simulation: Ritchie J, Lewis J, Nicholls CM, Ormston R, editors*. 2014.
262. Stige SH, Oddli HW, Hjeltnes A, Watson J, Stige B. The researcher as instrument - how our capacity for empathy supports qualitative analysis of transcripts. *Qual Res Psychol*. 2024 Jun 18;1–21.
263. Cecilia A, Lévano S. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*. 2020;13:71–8.
264. Valles M. *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. 62nd ed. Madrid: Síntesis Sociológica; 1999.
265. Guba E, Lincoln Y. *Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. Jossey-Bass. 1981.
266. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77–101.
267. Colorafi KJ, Evans B. *Qualitative Descriptive Methods in Health Science Research*. *Health Environments Research and Design Journal*. 2016 Jul 1;9(4):16–25.
268. Morse JM, Barrett M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. *Int J Qual Methods*. 2002;1(2).
269. Borjas J. Validez y confiabilidad en la recolección y análisis de datos bajo un enfoque cualitativo. *Trascender, Contabilidad y Gestión*. 2020 Sep 30;15:79–97.

270. Medina-Moya JL. Deseo de cuidar y voluntad de poder: la enseñanza de la enfermería. Publicacions i Edicions Universitat de Barcelona; 2005.
271. Arreciado-Marañón A. Identidad profesional enfermera: Construcción y desarrollo en los estudiantes durante su formación universitaria. [Barcelona]: Universitat de Barcelona; 2013.
272. Tong A SPCJ. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19:349–57.
273. Terán FFSC, Peralta ECO, Pastor GER, Rodríguez-Balcázar SC. Qualitative Research: a Look at its Validation from the Perspective of Triangulation Methods. *Revista de Filosofia*. 2022 May 1;39(101):59–72.
274. Hernández-Sampieri R. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. *Revista Universitaria Digital de Ciencias Sociales (RUDICS)*. 2019 Jan 31;10(18):92–5.
275. Stacciarini JMR, Cook CL. La aplicación efectiva de la investigación usando métodos mixtos. *Enfermería Universitaria*. 2015 Jul;12(3):99–101.
276. Bagur-Pons S, Rosselló-Ramon MR, Paz-Lourido B, Verger S. El enfoque integrador de la metodología mixta en la investigación educativa. *RELIEVE*. 2021;27(21).
277. Ferrazza CA do C, Colomé JS. Focal group as a research tool in health. *Disciplinarum Scientia - Ciências da Saúde*. 2021;22(3):1–9.
278. Rodas Fabián Darío, Pacheco VG. Grupos Focales: Marco de Referencia para su Implementación. *INNOVA Research Journal*. 2020 Sep 3;5(3):182–95.
279. Berenguera A, Fernandez de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Esuchar, Observar y Comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. 1st ed. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol); 2014.
280. Sánchez M, Fernández M, Díaz J. Técnicas e instrumentos de recolección de información: análisis y procesamiento realizado por el investigador cualitativo. *Revista Científica UISRAEL*. 2021 Jan 10;8(1):107–21.
281. Patterson EW, Ball K, Corkish J, Whittick IM. Do you see what I see? Enhancement of rigour in qualitative approaches to inquiry: a systematic review of evidence. *Qualitative Research Journal*. 2023 Feb 17;23(2):164–80.

282. Pérez LA, Cahuich TA, Puc AA, May S, Puch EB del S. Cuidados paliativos: competencias enfermeras para favorecer muerte digna en pacientes críticos. Una revisión sistemática. *Revista Cuidarte*. 2023;12(24).
283. Suikkala A, Tohmola A, Rahko EK, Hökkä M. Future palliative competence needs – a qualitative study of physicians’ and registered nurses’ views. *BMC Med Educ*. 2021 Dec 1;21(1).
284. Camilo BHN, Serafim TC, Salim NR, de Oliveira Andreato ÁM, Roveri JR, Misko MD. Communication of bad news in the context of neonatal palliative care: experience of intensivists nurses. *Rev Gaucha Enferm*. 2022;43.
285. Elo S, Kääriäinen M, Kanste O, Pölkki T, Utriainen K, Kyngäs H. Qualitative Content Analysis. *Sage Open*. 2014 Jan;4(1):1–10.
286. Korstjens I, Moser A. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *European Journal of General Practice*. 2018 Dec 4;24(1):120–4.
287. McNulty JP, Politis Y. Empathy, emotional intelligence and interprofessional skills in healthcare education. *J Med Imaging Radiat Sci*. 2023 Jun 1;54(2):238–46.
288. Stoller JK. Emotional Intelligence: Leadership Essentials for Chest Medicine Professionals. *Chest*. 2021 May 1;159(5):1942–8.
289. Adamson K, Loomis C, Cadell S, Verweel LC. Interprofessional empathy: A four-stage model for a new understanding of teamwork. *J Interprof Care*. 2018 Nov 2;32(6):752–61.
290. Berduzco-Torres N, Medina P, San-Martín M, Delgado Bolton RC, Vivanco L. Non-academic factors influencing the development of empathy in undergraduate nursing students: a cross-sectional study. *BMC Nurs*. 2021 Dec 1;20(1).
291. Daniel AB, Domínguez GF, Andrade A, Morales S. High fidelity simulation and pause reflection method in medical students of the UNAM. *Educacion Medica*. 2021 Feb 1;22:248–55.
292. Cole R, Flenady T, Heaton L. High Fidelity Simulation Modalities in Preregistration Nurse Education Programs: A Scoping Review. *Clin Simul Nurs*. 2023 Jul;80:64–86.
293. Altamirano-Droguett JE. Clinical simulation: A contribution to teaching and learning in the Obstetrics area. *Revista Electronica Educare*. 2019;23(2):1–21.
294. Hanshaw SL, Dickerson SS. High fidelity simulation evaluation studies in nursing education: A review of the literature. *Nurse Educ Pract*. 2020 Jun 9;46.

295. Erdemir A, Mulugeta L, Ku JP, Drach A, Horner M, Morrison TM, et al. Credible practice of modeling and simulation in healthcare: Ten rules from a multidisciplinary perspective. *J Transl Med.* 2020 Sep 29;18(1).
296. Alsabri M, Boudi Z, Lauque D, Dias RD, Whelan JS, Östlundh L, et al. Impact of Teamwork and Communication Training Interventions on Safety Culture and Patient Safety in Emergency Departments: A Systematic Review. *J Patient Saf.* 2022 Jan;18(1):351–61.
297. Yousef N, Moreau R, Soghier L. Simulation in neonatal care: towards a change in traditional training? *Eur J Pediatr.* 2022 Apr 12;181(4):1429–36.
298. López-Navarrete A, Zimmermann-Vildoso M, de Brito Poveda V, de Souza Nogueira L. Effectiveness of combined virtual and clinical simulation compared with other active teaching strategies on health students' learning: a systematic review protocol. *JB I Evid Synth.* 2024 Jun;22(6):1170–6.
299. Alrashidi N, Pasayan E, Alrashidi MS, Alqarni AS, Gonzales F, Bassuni EM, et al. Effects of simulation in improving the self-confidence of student nurses in clinical practice: a systematic review. *BMC Med Educ.* 2023 Oct 30;23(1):815.
300. Schreiber J, Delbert T, Huth L. High Fidelity Simulation with Peer Debriefing: Influence of Student Observation and Participation Roles on Student Perception of Confidence with Learning and Feedback. *Journal of Occupational Therapy Education.* 2020 Jan 1;4(2).
301. Yazdi NA, Arabshahi KS, Bigdeli S, Ghaffarifar S. Challenges in promoting clinical empathy skills in medical students: A content analysis study. *Med J Islam Repub Iran.* 2019;33(1).
302. Zeyer A, Dillon J. The role of empathy for learning in complex Science|Environment|Health contexts. *Int J Sci Educ.* 2019 Feb 11;41(3):297–315.
303. Alotaibi FS, Alsaeedi A. Attitudes of medical students toward communication skills learning in Western Saudi Arabia. *Saudi Med J.* 2016 Jul 1;37(7):791–5.
304. Rojas P, Guerrero S, Arancibia C, Barraza M. Communication skills during the clinical interview: simulated patient and role playing. *Ciencia y Enfermería.* 2021;27(35).
305. Bartolomé B, Real I, De la Hoz A, Coro-Montanet G. Perception of Realism and Acquisition of Clinical Skills in Simulated Pediatric Dentistry Scenarios. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Sep 1;19(18).
306. Sam CP, Nathan JL, Aroksamy JA, Ramasamy N, Mamat NHB, Nadarajah VD. A Qualitative Study on the Experiences of Preclinical Students in Learning Clinical and Communication Skills at a Simulation Centre. *Med Sci Educ.* 2023 Oct 1;33(5):1127–37.

307. Sánchez HA, Canseco CV, Correa E, Sánchez LO, Gallardo-Casas CÁ. Limitations Of Clinical Simulation Implementation As A Pedagogical Strategy In Nursing Education. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2023 Sep 8;7(4):6785–97.
308. Kopka JA, Aschenbrenner AP, Mary B. Helping Students Process a Simulated Death Experience Integration of an NLN ACE.S Evolving Case Study and the ELNEC Curriculum. *Nurs Educ Perspect*. 2015;37(3):180–2.
309. Fabro K, Schaffer M, Scharton J. The development, implementation, and evaluation of an end-of-life simulation experience for baccalaureate nursing students. *Nurs Educ Perspect*. 2014 Jan;35(1):19–25.
310. Hold JL, Blake BJ, Ward EN. Perceptions and experiences of nursing students enrolled in a palliative and end-of-life nursing elective: A qualitative study. *Nurse Educ Today*. 2015 Jun;35(6):777–81.
311. Fredericks S, ElSayed M, Hammad M, Abumiddain O, Istwani L, Rabeea A, et al. Anxiety is associated with extraneous cognitive load during teaching using high-fidelity clinical simulation. *Med Educ Online*. 2021;26(1).
312. Hjelmfors L, Strömberg A, Karlsson K, Olsson L, Jaarsma T. Simulation to Teach Nursing Students About End-of-Life Care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2016 Dec;18(6):512–8.
313. Al Gharibi MKA, Arulappan MsPDnsJ. Repeated Simulation Experience on Self-Confidence, Critical Thinking, and Competence of Nurses and Nursing Students—An Integrative Review. *SAGE Open Nurs*. 2020 Jan 1;6.
314. Venkatasalu MR, Kelleher M, Shao CH. Reported clinical outcomes of high-fidelity simulation versus classroom-based end-of-life care education. *Int J Palliat Nurs*. 2015 Apr 2;21(4):179–86.
315. Buller H, Virani R, Malloy P, Paice J. End-of-Life Nursing and Education Consortium Communication Curriculum for Nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2019 Apr 1;21(2):5–12.
316. Donne J, Odrowaz T, Pike S, Youl B, Lo K. Teaching Palliative Care to Health Professional Students: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2019 Nov 1;36(11):1026–41.
317. Mayer RE. Searching for the role of emotions in e-learning. *Learn Instr*. 2020 Dec 1;70.
318. McConnell M, Kevin E. Emotions and learning: cognitive theoretical and methodological approaches to studying the influence of emotions on learning. Cleland J, Durning S, editors. *Researching Medical Education*. 2nd ed. 2022 Dec 16;2(25).

319. de Wijn AN, van der Doef MP. Patient-related stressful situations and stress-related outcomes in emergency nurses: A cross-sectional study on the role of work factors and recovery during leisure time. *Int J Nurs Stud.* 2020 Jul;107:103579.
320. Arimon-Pagès E, Fernández-Ortega P, Fabrellas-Adrés N, Castro-García AM, Canela-Soler J. Dealing with Emotional Vulnerability and Anxiety in Nurses from High-Risk Units—A Multicenter Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 May 4;19(9):55–69.
321. Dolev N, Naamati-Schneider L, Meirovich A. Making Soft Skills a Part of the Curriculum of Healthcare Studies. In: *Medical Education for the 21st Century.* IntechOpen; 2022.
322. Vidal-Blanco G, Oliver A, Galiana L, Sansó N. Calidad de vida laboral y autocuidado en enfermeras asistenciales con alta demanda emocional. *Enferm Clin.* 2019 May;29(3):186–94.
323. Clayton M, Marczak M. Palliative care nurses' experiences of stress, anxiety, and burnout: A thematic synthesis. *Palliat Support Care.* 2023 Jun 16;21(3):498–514.
324. Isbell LM, Boudreaux ED, Chimowitz H, Liu G, Cyr E, Kimball E. What do emergency department physicians and nurses feel? A qualitative study of emotions, triggers, regulation strategies, and effects on patient care. *BMJ Qual Saf.* 2020 Oct;29(10):1.5-2.
325. Polanowska M, Krzemińska S. Emotions Experienced by Nurses in the Care of Terminal Heart Failure Patients. *Quality in Sport.* 2024 Dec 14;36.
326. Lin LC, Huang YC, Carter P, Zuniga J. Resilience among nurses in long term care and rehabilitation settings. *Applied Nursing Research.* 2021 Oct 27;62.
327. Kang K, Lee M, Cho H. Interpersonal skills mediate the relationship between communicative and clinical competencies among nursing students: A descriptive study. *Nurse Educ Today.* 2021;99.
328. Lanza M, Abajas-Bustillo R, Aparicio-Sanz M, Ortego-Maté C. A mixed methods study examining a socioemotional skills training program based on active learning methodologies in undergraduate nursing students. *Nurse Educ Today.* 2025 Apr;147.
329. Aguirre D, Elers Y, Oria M, Pascual Y. Comunicación de Enfermería con el adulto mayor o su cuidador en una comunidad del Municipio 10 de octubre. *Rev haban cienc méd.* 2020;19(4).
330. Cruz CM, Santos ACB dos, Silva EAL, Reis UOP, Jesus APS de, Nascimento PV, et al. Trabalho em equipe com atenção centrada no paciente no contexto hospitalar. *Revista Eletrônica Acervo Saúde.* 2024 Apr 18;24(4).

331. Hegazy A, Ibrahim M, Shokry W, El Shrief H. Work Environment Factors in Nursing Practice. *Menoufia Nursing Journal*. 2021 Nov 1;6(2):65–73.
332. Sapra R. Social and emotional skill for health professionals. *Indian Journal of Health and Well-being*. 2019;10(12):410–3.
333. Weiler DT, Gibson AL, Saleem JJ. The effect of role assignment in high fidelity patient simulation on nursing students: An experimental research study. *Nurse Educ Today*. 2018;63:29–34.
334. Cariñanos-Ayala S, Arrue M, Zarandona J, Labaka A. The use of structured debate as a teaching strategy among undergraduate nursing students: A systematic review. *Nurse Educ Today*. 2021;98.
335. Hinojosa-Mamani J. E-Learning and competence-based learning in higher university education. *Puriq*. 2023 Jun 13;5.
336. Leal C, Megías A, García JA, Adánez M de G, Díaz JL. Teaching with self-learning methodology in simulated environments. A qualitative study among teachers and students of nursing degree. *Educacion Medica*. 2019 Sep 1;20:52–8.
337. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2 : a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions , or both. 2017;1–9.
338. Busebaia TJA, John B. Can flipped classroom enhance class engagement and academic performance among undergraduate pediatric nursing students? A mixed-methods study. *Res Pract Technol Enhanc Learn*. 2020 Dec 1;15(1).
339. Kukko P, Silén-Lipponen M, Saaranen T. Health care students' perceptions about learning of affective interpersonal communication competence in interprofessional simulations. *Nurse Educ Today*. 2020 Nov;94.
340. Lee W, Kim M, Kang Y, Lee YJ, Kim SM, Lee J, et al. Nursing and medical students' perceptions of an interprofessional simulation-based education: A qualitative descriptive study. *Korean J Med Educ*. 2020;32(4):317–27.
341. Martínez-Caballero M, Melero Á, Silió-García T, Aparicio-Sanz M, Ortego-Maté C. Grief in children's story books. A systematic integrative review. *J Pediatr Nurs*. 2023 Mar 1;69:88–96.

ANEXOS

Anexo 1. Programa de formación en competencias socioemocionales en el final de la vida.

Para conseguir el objetivo de esta formación se diseñó un programa de intervención en habilidades socioemocionales con metodologías activas en el contexto de la educación para el final de la vida que se detalla continuación.

El programa se dividió en tres bloques con una duración total de 25 horas:

El primer bloque (5 horas) se inició con un abordaje teórico sobre la educación en el final de la vida. Para ello se utilizó el aula invertida también conocida como “Flipped Classroom”. Este primer bloque constó de tres etapas principales.

En la primera etapa se proporcionó al alumnado los contenidos teóricos antes de la clase presencial utilizando para ello videos y apuntes realizados por la profesora responsable de la asignatura de Psicosociales II. De esta manera, los y las alumnas tenían la oportunidad de adquirir conocimientos y comprender los conceptos fundamentales de manera autónoma, a su propio ritmo y según las necesidades de cada uno de ellos.

La segunda etapa se realizó en el aula y hubo charlas con profesionales actividades grupales donde se debatió sobre los videos y el material que habían visualizado en casa. En esta fase se pretendía que los y las estudiantes aprendieran a través de la interacción y el intercambio de ideas y experiencias con sus compañeros.

La última etapa de este primer bloque consistió en actividades de gamificación y un cuestionario con preguntas sobre los contenidos teóricos con el que se pretendía que los y las alumnas hicieran una autoevaluación de los conocimientos adquiridos. Además, en esta última sesión se dejó un tiempo para que el estudiantado resolviera las dudas que tuviesen.

El segundo bloque (6 horas) tuvo como objetivo facilitar la reflexión, abordar el tema y fomentar el diálogo sobre la muerte. Este bloque se dividió en dos partes.

En la primera, se presentaron a los estudiantes cuentos infantiles cuyo tema central era la muerte, previamente analizados en la revisión sistemática de Martínez-Caballero et al., 2023,

que concluyó que apoyaban la comprensión y el afrontamiento del duelo(341). Posteriormente, se les pidió seleccionar y leer al menos tres cuentos, respondiendo a una serie de preguntas diseñadas para promover una lectura activa y reflexiva.

La segunda parte se centró en un diálogo reflexivo grupal. El docente inició explicando que el propósito era abrir un espacio de conversación sobre la muerte y las emociones que asociaban a este proceso, enfatizando que no había respuestas correctas o incorrectas. En esta fase se puso especial énfasis en solicitar a los y las alumnas que respetasen la confidencialidad de los temas sensibles que abordaron durante la sesión.

Antes de finalizar este bloque, se invitó a cada participante a compartir una breve reflexión personal sobre su experiencia sobre la muerte y el dialogo grupal. Esto tenía como propósito consolidar el aprendizaje, fomentar la empatía y el entendimiento mutuo entre los compañeros.

El tercer bloque (14 horas) estuvo constituido por las sesiones de simulación de alta fidelidad de situaciones de final de la vida. Estas sesiones estuvieron orientadas a que el alumnado desarrollase habilidades en el aula de simulación como la empatía, la escucha activa y la comunicación verbal y no verbal. De nuevo este bloque constó de dos partes principales.

En la primera, los estudiantes se enfrentaron a escenarios de fin de vida, como la fase terminal o la muerte, diseñados por los docentes del programa. Estos escenarios estaban ambientados en la habitación de un hospital y estaban diseñados para que uno o dos alumnos y/o alumnas interpretaran el rol del enfermero. Antes de iniciar los casos, se les proporciono una breve introducción sobre el contexto del escenario y las posibles reacciones emocionales del paciente.

En la segunda parte, se hicieron subgrupos de 4-5 alumnos y/o alumnas y se les pidió que fueran ellos quienes creasen, ensayasen y representasen su propio escenario de cuidados en el final de la vida en el aula de simulación.

En ambas partes, mientras los estudiantes se encontraban dentro del aula de simulación de alta fidelidad, el resto de los compañeros los observaban en una pantalla desde el aula contigua. Al finalizar cada caso se realizó una sesión de debriefing. Estas sesiones de retroalimentación siempre se iniciaban con la proyección de los momentos más significativos del caso simulado. De esta forma se exploraban los sentimientos, las emociones y las experiencias vividas por cada

estudiante. Además, se ofrecía un feedback sobre la resolución del escenario por parte del instructor y se abría un debate grupal con el resto de compañeros que habían observado la actuación.

Anexo 2. Guion grupo de discusión estudio cualitativo.

GUIÓN GRUPO de Discusión (febrero 2022)

INTRODUCCIÓN

Buenas tardes soy _____, me voy a encargar de guiar esta sesión con objeto de garantizar vuestra libertad para opinar, valorar y criticar con libertad sobre vuestra experiencia con las metodologías docentes empleadas en la asignatura Ciencias Psicosociales II.

Bienvenidos a la sesión que se ha creado en el marco del proyecto de innovación docente que dirige vuestra profesora Carmen Ortego “*Entrenamiento de competencias socioemocionales del estudiantado en las asignaturas Ciencias Psicosociales II y Formación en valores y competencias personales de los Grados en Enfermería y Magisterio mediante Simulación, Teatro Foro y otras metodologías activas*” y en el que habéis participado como estudiantes.

El objetivo de este grupo de discusión es conocer vuestra valoración sobre las distintas actividades que habéis realizado, pues vuestras experiencias como estudiantes serán de gran ayuda para la evaluación del proyecto y para la optimización del siguiente curso.

Os recuerdo que la sesión va a ser grabada con el fin de poderla transcribir para su posterior análisis. No obstante, vuestros nombres serán anonimizados. Si estáis de acuerdo con la grabación necesito que escribáis vuestros nombres en el chat indicando que estás de acuerdo en que la sesión sea grabada.

Una vez hecha esta pequeña introducción me gustaría que os fuerais presentando

TEMA 1. VALORACIÓN GLOBAL DE LA FORMACIÓN EN COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

En primer lugar, me gustaría que me comentarais: **¿Qué os ha parecido la asignatura? ¿Consideráis útil o necesario formarse en competencias socio-emocionales? ¿Esta asignatura ha contribuido a formaros en estas competencias, y/o como a mejorar vuestro bienestar?**

EJEMPLOS, SI NO SE ANIMAN A ABORDAR LAS CUESTIONES: Me estoy refiriendo por ejemplo a si ha contribuido a mejorar el conocimiento sobre uno mismo, la comprensión de la realidad del otro, las habilidades para la gestión emocional, de comunicación y/o para la toma de decisiones responsables.

TEMA 2: ACTIVIDADES.

A continuación, me gustaría saber cómo valoráis las distintas actividades que habéis realizado atendiendo a: 1) Su utilidad para la formación en competencias socioemocionales; 2) Las emociones y reflexiones que os han despertado, y 3) Si proponéis alguna sugerencia para el empleo de estas actividades en el próximo curso académico.

Os voy a ir recordando las actividades para que sobre cada una de ellas hagáis esa valoración:

- Cuestionarios con preguntas de los apuntes (actividades de aula invertida). ¿Os ha parecido útil para formaros en las competencias socioemocionales? ¿Qué emociones y reflexiones os han despertado? ¿Alguna sugerencia para el próximo curso?
- Gamificación (breakout, crucigrama, criptograma y Kahoot) ¿Os ha parecido útil para formaros en las competencias socioemocionales? ¿Qué emociones y reflexiones os han despertado? ¿Alguna sugerencia para el próximo curso?
- Role-playing: ¿Os ha parecido útil para formaros en las competencias socioemocionales? ¿Qué emociones y reflexiones os han despertado? ¿Alguna sugerencia para el próximo curso?
- Simulación: ¿Os ha parecido útil para formaros en las competencias socioemocionales? ¿Qué emociones y reflexiones os han despertado? ¿Alguna sugerencia para el próximo curso?
- Cuentos infantiles sobre la muerte. ¿Os ha parecido útil para formaros en las competencias socioemocionales? ¿Qué emociones y reflexiones os han despertado? ¿Alguna sugerencia para el próximo curso?
- Charla sobre la muerte. ¿Os ha parecido útil para formaros en las competencias socioemocionales? ¿Qué emociones y reflexiones os han despertado? ¿Alguna sugerencia para el próximo curso?

TEMA 3: ASPECTOS DE MEJORA y CUESTIONES ADICIONALES

Para terminar, os pregunto vuestra opinión sobre otros temas, opiniones, percepciones etc. que no se hayan tratado, o cuestiones generales: ¿Hay algo más que deseáis comentar y que no os hayamos preguntado? ¿Alguna idea que aportar que consideréis que mejoraría la metodología empleada para la formación en esta asignatura? ¿Cuál sería y por qué la proponéis? ¿Hay cualquier otra cuestión que queráis comentar y no hemos hablado?

TEMA 4: CIERRE

Ya hemos finalizado la sesión, os doy las gracias por vuestra participación. Una vez transcrita la sesión se analizarán los datos de cara a extraer resultados sobre vuestras opiniones.

Para cualquier información sobre esta sesión podéis contactar con la investigadora del proyecto, la profesora Carmen Ortego.

Anexo 3. Temas, categorías y unidades de significado emergentes del programa de formación en competencias socioemocionales en el final de la vida.

Metodología activa	Tema	Categorías	Unidades de significado
Aula invertida	Contribución de la metodología en el aprendizaje	Actualización	"Para hacerlo bien tenías que llevar la materia al día, lo que te obligaba a leer el temario día a día" (ST1FG3)
		Preparación exámenes	"Los apuntes lo eran todo, porque al final ahí estaba todo, sobre todo para el examen final, es lo que me estudie y al final yo creo que era la clave" (ST2FG4)
		Complementos educativos	"Había puntos para ampliar información, para saber más, por si tu querías en tu tiempo libre buscar más información sobre ese punto" ST6FG2
		Autoevaluación	"Nos ha servido para refrescar los conocimientos y ver si estás preparado para hacer el examen" (ST1FG4)
	Características que debe cumplir la metodología para ser más efectiva.	Estructura del material	"Todo estaba muy bien clasificado y no nos dejaba margen de error dentro del tema" (ST8FG1)
		Gestión del tiempo	"Se necesita más tiempo para que todo el mundo tuviera más oportunidad de responderlo con el tiempo que merece" (ST9FG1)
		Ejemplos prácticos y reales.	"Falta un poco más de ejemplos, pero prácticos" (ST3FG3)
	Aspectos motivacionales y emocionales generados por los recursos educativos.	Características de la actividad	"Bastante recreativo, porque además era competitivo y pues te lo tomabas en serio" (ST1FG2)
		Aspecto práctico	" Para mí, de las metodologías que se han utilizado, en mi opinión, ha sido la menos dinámica y práctica." (ST2FG2)
	Dialogo reflexivo	Contribución de la metodología al aprendizaje.	Reflexión
Dialogo abierto			"Me pareció muy útil para aprender a expresarte tú sus propias vivencias y hablar más abiertamente de la muerte" (ST2FG2))
Perspectivas diversas			"A la hora de hablarlo en grupo, te das cuenta de que son pensamientos que tienes tú y que tienen el resto también" (ST3FG1)
Competencias socioemocionales			"Me parece una actividad muy humana y en la que hemos podido trabajar la empatía y el respeto" (ST4FG2)
Características que debe cumplir la metodología para ser más efectiva		Tamaño del grupo	"Parecía un pequeño grupo de ayuda, y la verdad es que nos vino muy bien" (ST3FG1)
		Ambiente inclusivo	"Pues poder expresarme y decirlo porque no me sentía juzgada, era como tú tu comentario es tan válido como el de la persona que tienes al lado" (ST5FG4)
		Lenguaje y comunicación	"Sí lo haces como una clase normal, simplemente sería la profesora, te suelta el rollo y con la misma y te vas para casa, no te dejaría el tiempo del debate, ni utilizarías un lenguaje más coloquial, que sería un

Simulación			<p><i>lenguaje más técnico y yo creo que no sería lo mismo” (ST6FG1)</i></p> <p><i>“Tratarlo abiertamente en grupo como si estuviéramos hablando de otro tema” (ST4FG4)</i></p>
		Importancia instructora	<p><i>“La profesora nos hizo sentir desde el primer momento que todas las reflexiones eran válidas” (ST3FG3)</i></p>
	Aspectos motivacionales y emocionales generados por los recursos educativos	Gestión de la actividad	<p><i>“Yo valoré mucho que todos tuviésemos la oportunidad de hablar y que pasemos nosotros el balón y que si en algún momento pues había alguien que no había hablado se le preguntó y se le dio la oportunidad” (ST3FG2)</i></p>
		Aplicación y utilidad	<p><i>“Me ha ayudado a introducir el tema más en las conversaciones y me ha parecido bastante interesante.” (ST9FG1). “</i></p>
	Contribución de la metodología en el aprendizaje	Enfoque a la realidad/práctica diaria	<p><i>“Puedes llegar a conocer tus puntos débiles. Quiero decir, tal vez tengas una habilidad social en la que no eres bueno y con esta práctica, puedes mejorarla y luego, cuando estés con el paciente, sabes cómo actuar, cómo hablar con él o ella. Así que, tanto profesional como personalmente, creo que estas prácticas te hacen crecer como persona.” (ST1FG4).</i></p>
		Interiorizar y reflexionar	<p><i>“Los comentarios que recibimos nos hicieron reflexionar y aprender, más que las clases teóricas.” (ST1FG1).</i></p>
		Competencias socioemocionales	<p><i>“Hemos aprendido cómo comunicarnos, cómo escuchar y cómo actuar en diferentes situaciones, incluso cómo colocar nuestras manos o reflexionar sobre la distancia.” (ST4FG3).</i></p>
		Vinculación teoría-práctica	<p><i>“La práctica, cuando te ves a ti mismo en la situación, como que lo aprendes más y lo internalizas con lo que se enseñó en clase. Y no solo aprendes cuando participas y estás en la situación, sino también cuando los demás participan.” (ST3FG4).</i></p>
	Características que debe cumplir la metodología para ser más efectiva	Retroalimentación	<p><i>“Me pareció útil porque ya no solo tus compañeros te daban sus puntos de vista sobre cómo te habían visto, sino que tú también reflexionabas (...) y también las profesoras nos daban su punto de vista y puntos de mejora” (ST2FG2)</i></p>
		Diversidad de casos	<p><i>“Nos hubiera gustado tener más casos diferentes.” (ST7FG4).</i></p>
Numero de sesiones		<p><i>“No ha podido salir todo el mundo a los simulacros y quizás pues más clases prácticas de ese estilo y en ese tema en concreto, yo creo que habría sido mejor” (ST4FG4)</i></p>	
	Tamaño del grupo	<p><i>“Sí lo hicieran por separado el Grupo A el B y demás, creo que sería más dinámico porque saldría más gente y quizá sería menos... no sé cómo decirte, como que te daría menos vergüenza o sería algo más fácil” (ST7FG4)</i></p>	

	Participación voluntaria	<i>"No hace falta levantar la mano si no queréis, es simplemente entrar y participa". (ST5FG4)</i>
	Tiempo para la preparación de casos	<i>"Falta de tiempo que tenemos como de preparación, porque al final se invierte mucho tiempo en las clases magistrales y luego en la práctica llegas como muy a cañón, tienes poco tiempo para las prácticas" (ST6FG4)</i>
Aspectos motivacionales y emocionales generados por los recursos educativos	Emociones bloqueadoras	<i>"Al principio, tenía muchísima vergüenza" (ST2FG3) "me ha servido porque estaba rodeada de compañeros que estaban viviendo tu misma situación de nervios y a lo mejor te sentías un poco más apoyado" (ST3FG3) "entonces la inseguridad nos frena a querer salir a la simulación y participar, en mi opinión". (ST6FG4) "Desde el principio sales con todos los miedos y dudas" (ST5FG4)</i>
	Emociones facilitadoras	<i>"Intentamos improvisar y, sinceramente, fue muy divertido." (ST3FG3). "La metodología utilizada este año me ha sido útil." (ST5FG4). "Me pareció muy interesante y creo que aprendimos mucho." (ST4FG4).</i>
	Características de la actividad	<i>"Lo encontré muy interesante, y creo que aprendimos mucho." (ST4FG4).</i>

Anexo 4. Descripción del programa de entrenamiento en competencias socioemocionales

El programa formativo se llevó a cabo dentro del proyecto titulado "Entrenamiento de competencias socioemocionales del estudiantado en las asignaturas de Ciencias Psicosociales II y Formación en Valores y competencias personales de los grados en Enfermería y Magisterio mediante Simulación, Teatro Foro y otras metodologías activas". Fue desarrollado dentro del Marco del VI Convocatoria de Proyectos de Innovación Docente 2022-2023.

El programa de intervención en competencias socioemocionales se llevó a cabo de septiembre a noviembre del curso 2022-2023 y en durante los mismos meses del siguiente curso académico 2023-2024. Cada edición mantuvo la misma estructura y metodología, lo que permitió poder hacer una evaluación consistente de la efectividad del programa en dos cohortes de estudiantes.

La formación tuvo una duración de 21 horas estructurado en cuatro bloques que serán desarrollado posteriormente: 1) presentación, 2) entrenamiento en competencias socioemocionales, 3) afrontamiento socioemocional en situaciones simuladas y 4) evaluación de la formación.

Bloque 1. **Presentación** del programa (4 horas). Al principio de la sesión se presentó el programa educativo a los y las estudiantes y se solicitó su consentimiento para responder a un cuestionario online. Este cuestionario sería pasado antes de iniciar la formación y al finalizar la misma.

Cuando los y las alumnas que aceptaron participar cumplieron este cuestionario, se explicaron los aspectos teóricos básicos relacionados con las competencias socioemocionales y su importancia para la profesión enfermera a través del aula invertida. El aprendizaje a través del aula invertida se realizó en tres etapas.

En la primera etapa se proporcionó a los y las alumnas los contenidos teóricos antes de la clase presencial utilizando para ello videos y apuntes realizados por la profesora responsable de la asignatura de Psicosociales II. De esta manera, el estudiantado tenía la oportunidad de adquirir conocimientos y comprender los conceptos fundamentales de manera autónoma, a su propio ritmo y según las necesidades de cada uno.

La segunda etapa correspondía al tiempo en el aula, en el que se llevó a cabo charlas con profesionales y actividades de puesta en común sobre los videos y el material multimedia visto

en casa. El objetivo de esta fase era que, a través de la discusión y puesta en común de las ideas, aplicaran los contenidos teóricos.

La última etapa de este primer bloque consistió en un proceso de autoevaluación a través de actividades de gamificación (Kahoot) y cuestionarios sobre preguntas sobre los apuntes. En esta etapa también se dejó un tiempo para la resolución de dudas.

Bloque 2. Entrenamiento en competencias socioemocionales (8 horas). Los objetivos principales de estas sesiones eran entrenar la empatía, la comunicación verbal y no verbal y la escucha activa. Para ello se utilizaron metodologías activas como el dialogo reflexivo, el role-playing, en las que los y las alumnas trabajaron casos prácticos que requerían la aplicación de competencias comunicativas, fomentando la escucha, la reflexión, el pensamiento crítico y la resolución de problemas. Gracias al role-play el alumnado pudo adoptar diferentes roles para practicar y mejorar sus competencias blandas en situaciones seguras.

Bloque 3. Afrontamiento socioemocional en situaciones simuladas (8 horas). Estas sesiones tenían como objetivo que los y las alumnas se enfrentasen a situaciones interpersonales y profesionales emocionalmente exigentes en un contexto protegido como es la simulación de alta fidelidad donde los y las alumnas debían utilizar sus competencias socioemocionales para afrontarlas eficazmente. En particular, se entrenaron habilidades de la comunicación como presentarse, saludar, despedirse, hacer preguntas, la escucha activa, mantener una comunicación empática y responder de forma asertiva.

Para el diseño de las sesiones de evaluación no se utilizó un modelo formal de simulación, sino que se identificaron las competencias socioemocionales claves que se deseaban entrenar. De esta forma se crearon escenarios lo más realistas posibles alineados con los objetivos de aprendizaje donde se integró la simulación, la toma de decisiones y mecanismos de retroalimentación para garantizar que el estudiantado participara activamente y pudiera hacer una aplicación práctica de la teoría.

El diseño de los escenarios siguió la estructura de una plantilla, compuesta por ocho puntos: 1/ objetivos de la formación, 2/ participantes, 3/ guion, 4/ roles, 5/ ambientación escenarios, 6/ tiempos, 7/ simulador y 8/ distractores. Un ejemplo de caso de simulación se encuentra en el

El desarrollo de cada caso de simulación se llevó a cabo en una sala preparada para la simulación clínica que permitió recrear escenarios que simulaban una habitación de hospital, una consulta clínica, una sala de espera o una habitación de hospital.

Esta simulación fue visualizada en tiempo real por un grupo de alumnos y alumnas en un aula contigua y fue grabada, ya que una vez representado cada caso de simulación, se realizó una sesión de debriefing basada en la discusión verbal dirigida por el instructor con apoyo de vídeo sin la utilización de un guion estructurado, en la que se proyectaron los momentos más significativos de la actuación y posteriormente se abrió un debate grupal para discutir y reflexionar sobre las habilidades socioemocionales utilizadas en la resolución del caso. Este análisis fue dirigido por el profesorado para enfatizar los aspectos más relevantes y proporcionar retroalimentación efectiva.

Bloque 4. **Evaluación** (1 hora)

Esta última sesión tuvo como objetivo reevaluar las habilidades socioemocionales adquiridas una vez finalizado el programa, así como evaluarlo y recoger sugerencias de mejora. El instrumento utilizado para evaluar las habilidades comunicativas fue el Cuestionario HABICOM.

Además, para evaluar el programa de formación, así como para recoger sugerencias de mejora, al finalizar la intervención se invitó a los y las alumnas a participar en grupos focales para conocer su percepción sobre la efectividad del programa.

Anexo 5. Ejemplo de escenario de simulación: Comunicación empática y manejo de conflictos.

1. Objetivos Formativos:

- Desarrollar habilidades de comunicación empática con pacientes y familiares.
- Manejar conflictos en situaciones de estrés.
- Promover la colaboración en equipo de salud.

2. Participantes:

- 2 estudiantes de enfermería (Roles: Enfermero/a principal y estudiante de enfermería).
- 1 facilitador o actor como paciente.
- 1 facilitador o actor como familiar del paciente.
- Estudiantes observadores del escenario en sala contigua y a tiempo real.

3. Guion:

Un paciente adulto mayor presenta ansiedad debido a un diagnóstico reciente de diabetes. Su familiar, presente durante la consulta, muestra frustración por la falta de información clara sobre el tratamiento. El estudiante principal debe comunicar el plan de cuidados, tranquilizar al paciente y manejar las inquietudes del familiar.

4. Roles:

- Enfermero principal: Comunica el plan y maneja emociones.
- Estudiante de enfermería: Apoya en observación y registro.
- Paciente: Actúa con ansiedad moderada.
- Familiar: Expresa frustración y plantea preguntas difíciles.
- Observadores en sala contigua: Evalúan la dinámica y en el debriefing dan retroalimentación.

5. Decorados:

Sala de simulación clínica recrea una consulta de enfermería con mesa, sillas, carpeta con registros médicos, y elementos visuales (poster de cuidados de la diabetes).

6. Tiempos:

- Pre-briefing: 5 minutos.
- Briefing: 10 minutos
- Debriefing: 15 minutos.

7. Simulador:

Aunque el escenario de simulación se lleva a cabo en la sala de simulación clínica, para este caso no es requerido un maniquí de simulación ya que el paciente y el familiar es representado por un facilitador (docente) o un actor.

8. Distractores:

- Timbre del teléfono en la sala.
- Dudas inesperadas del familiar sobre otro diagnóstico previo.

Anexo 6. Guion grupo de discusión metodología mixta

La efectividad de la simulación de alta fidelidad en la adquisición de competencias socioemocionales relacionadas con los cuidados de salud

GUION GRUPO de Discusión (lunes y martes 4 y 5 de diciembre de 16:00-18:00 h.)

INTRODUCCIÓN

Buenos días soy _____, estudiante de doctorado del programa de doctorado de la UC de Medicina y Ciencias de la Salud, me voy a encargar de guiar esta sesión destinada a recoger información sobre la efectividad de la simulación de alta fidelidad en la adquisición de competencias socioemocionales relacionadas con los cuidados de salud.

Bienvenidos a la sesión que se ha creado en el marco del proyecto de innovación docente que dirige la profesora Carmen Ortego, titulado *“Entrenamiento de competencias socioemocionales del estudiantado en las asignaturas Ciencias Psicosociales II y Formación en valores y competencias personales de los Grados en Enfermería y Magisterio mediante Simulación, Teatro Foro y otras metodologías activas”* y en el que habéis participado como estudiantes.

El objetivo de este grupo de discusión es conocer vuestra opinión sobre la contribución de la simulación en la adquisición de competencias socioemocionales relacionadas con los cuidados de salud pues vuestra experiencia como estudiantes será de gran ayuda para la evaluación del proyecto y para la optimización del siguiente curso.

Os recuerdo que la sesión va a ser grabada con el fin de poder transcribirla para su posterior análisis. No obstante, vuestros nombres serán anonimizados. Si estáis de acuerdo con la grabación necesito que firméis el documento de consentimiento.

Una vez hecha esta pequeña introducción me gustaría que os fuerais presentando.

TEMA 1. Competencias socioemocionales

En primer lugar, me gustaría que me comentarais:

- ¿Qué son competencias socioemocionales?
- ¿Consideráis útil o necesario formarse en competencias socioemocionales? Justifica la respuesta
- ¿Qué habilidades sociales consideráis fundamentales que posean los profesionales de Enfermería? Justifica la respuesta
- ¿Esta asignatura ha contribuido a formaros en estas competencias? Justifica la respuesta

EJEMPLOS, SI NO SE ANIMAN A ABORDAR LAS CUESTIONES: Nos estamos refiriendo por ejemplo a si ha contribuido a mejorar el conocimiento sobre uno mismo, la comprensión de la realidad

del otro, las habilidades para la gestión emocional, de comunicación y/o para la toma de decisiones responsables.

TEMA 2: ACTIVIDADES PARA LA FORMACIÓN EN COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES.

A continuación, me gustaría saber

- ¿Qué competencias/habilidades socioemocionales creéis que habéis adquirido o habéis fortalecido mediante role-playing?
- ¿Qué competencias/habilidades socioemocionales creéis que habéis adquirido o habéis fortalecido mediante la simulación?
- ¿Qué diferencias encontraréis en el entrenamiento de competencias socioemocionales mediante role-playing frente a la simulación?
- ¿Cuál consideraréis más eficaz? Justifica la respuesta
- ¿Qué emociones y reflexiones os han despertado el role-playing y la simulación?
- ¿Qué ventajas e inconvenientes en el entrenamiento en competencias socioemocionales atribuyes al role-playing y a la simulación?
- ¿Qué condiciones creéis que debe cumplir una metodología para entrenar competencias socioemocionales?
- ¿Qué sugerencias de mejora para cursos sucesivos proponéis para el empleo del role-playing y simulación en el entrenamiento de competencias socioemocionales?

TEMA 3: CUIDADOS INVISIBLES

- ¿Cómo definiríais los cuidados invisibles en enfermería?
- ¿Qué relación encontraréis entre las competencias socioemocionales y los cuidados invisibles?
- ¿Por qué se denominan cuidados invisibles?
- ¿Creéis que son más relevantes que los cuidados visibles? Justifica la respuesta
- ¿Qué se podría hacer para incrementar su visibilidad?

TEMA 4: ASPECTOS DE MEJORA y CUESTIONES ADICIONALES.

Para terminar, me gustaría conocer vuestra opinión sobre otros temas, opiniones, percepciones etc. que no se hayan tratado, o cuestiones generales:

- ¿Hay algo más que deseéis comentar y que no os hayamos preguntado?
- ¿Alguna idea que aportar que consideréis que mejoraría la metodología empleada para la formación en competencias socioemocionales? ¿Cuál sería y por qué la proponéis?
- ¿Hay cualquier otra cuestión que queráis comentar y no hemos hablado?

TEMA 5: CIERRE.

Ya hemos finalizado la sesión, os doy las gracias por vuestra participación. Una vez transcrita la sesión se analizarán los datos de cara a extraer resultados sobre vuestras opiniones. Para cualquier información sobre esta sesión podéis contactar con la investigadora del proyecto, la profesora Carmen Ortego.

Anexo 7. Árbol de codificación estudio metodología mixta

Tema	Subtemas	Códigos
Valor del aprendizaje experiencial	Valor Experiencial	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación del conocimiento • Realismo • Autorreflexión • Reflejo del entorno laboral • Desarrollo personal • Desarrollo profesional • Aprendizaje personalizado
	Dinamismo de las metodologías	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámico • Divertido • Entretenido • Diferente
	Papel del moderador	<ul style="list-style-type: none"> • Importante • Fomente apertura • Crea clima confianza • Fomenta diversidad opiniones • Asertivo
	Aprendizaje a través del feedback	<ul style="list-style-type: none"> • Importancia de la retroalimentación • Video • Docente • Feedback sincero • Feedback de compañeros
	Aprendizaje a través de los compañeros	<ul style="list-style-type: none"> • Observación de compañeros • Detectar sus errores • Aprender de los fallos de compañeros • Escuchar reflexiones de compañeros
	Aprendizaje a través del error	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba y error • Autorreflexión • Autoanálisis
Percepción sobre las habilidades entrenadas	Gestión Emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Transmitir serenidad • Aprender a llevar emociones • Delegar • Preguntar sobre sentimientos
	Comunicación Verbal	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas abiertas • Cómo responder • Decir la verdad • Dar malas noticias • Qué no decir
	Comunicación No Verbal	<ul style="list-style-type: none"> • Postura • Tono • Velocidad • Distancia • Silencios • Contacto con el paciente • Detalles como cerrar o llamar a la puerta
	Empatía	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar ayuda • Entender sentimientos propios y ajenos • Aceptación de sentimientos

	<ul style="list-style-type: none"> • Entender cómo hago sentir 	
Escucha Activa	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender a escuchar • Actuar en base a las necesidades que manifiesta • Dejar hablar • No llenar de preguntas la conversación 	
Trabajo en equipo	<ul style="list-style-type: none"> • Delegar • Trabajo en equipo • Entender a los compañeros • Comunicación con compañeros • Escuchar a los compañeros 	
Resolución de conflictos	<ul style="list-style-type: none"> • Resolver problemas • Resolver situaciones difíciles • Enfrentar situaciones nuevas • Herramientas para solucionar problemas 	
Emociones	Facilitadoras	<ul style="list-style-type: none"> • Afiliación • Seguridad • Apoyo • Satisfacción • Realización • Diversión
	Bloqueadoras	<ul style="list-style-type: none"> • Incertidumbre • Miedo • Vergüenza • Nerviosismo • Frustración
Sugerencias de mejora	Características de los Grupos de Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Repetir grupo • Grupos pequeños • Clima de confianza
	Características de los Casos	<ul style="list-style-type: none"> • Más tiempo • Mayor número de prácticas • Casos reales • Casos comunes • Casos inusuales • Adaptar al alumnado vergonzoso • Libre participación
	Temporalidad de las prácticas	<ul style="list-style-type: none"> • Antes del prácticum • Antes para que sirva de base • Toma de contacto inicial
	Enfoque práctico y aplicado	<ul style="list-style-type: none"> • Menos teoría • Mas simulación

Anexo 8. Guion grupo focal para proyecto IHSE.

La importancia de las competencias socioemocionales para las enfermeras de unidades especiales en Cantabria. Proyecto IHSE-Cantabria

Introducción:

Buenos días/tardes, soy María Lanza, estudiante de doctorado del programa de doctorado de la UC de Medicina y Ciencias de la Salud, me voy a encargar de guiar esta sesión destinada a recoger información sobre la importancia de las competencias socioemocionales para las enfermeras que trabajan en unidades especiales en Cantabria. Vuestra opinión es muy útil para diseñar en el futuro entrenamientos dirigidos a adquirir las competencias socioemocionales que consideráis más relevantes tanto en el ámbito universitario como en la formación de postgrado.

Os recuerdo que la sesión va a ser grabada con el fin de que posteriormente yo pueda transcribirla para analizarla. No obstante, me gustaría recalcar que vuestros nombres serán anonimizados. Si estáis de acuerdo con esto necesito que lo confirméis en voz alta además del consentimiento informado que ahora mismo os paso para que me lo entreguéis firmado.

Una vez hecha esta pequeña presentación me gustaría que ahora os fuerais presentando.

Tema 1: Exploración global de las competencias socioemocionales.

En primer lugar, me gustaría que comentarais:

- ¿Qué habilidades socioemocionales creéis que son más importantes en vuestro trabajo como enfermeras?
- ¿Podrías ponerme algún ejemplo de situaciones en las que hayas tenido que utilizarlas o que creais convenientes tenerlas?

Ejemplos, si no se animan a abordar las cuestiones: Nos estamos refiriendo, por ejemplo, a la comunicación, la empatía, gestión de las emociones, la empatía...

Tema 2: Uso y percepción de las competencias socioemocionales.

- ¿Creéis que son importantes las competencias socioemocionales en vuestra unidad? Y ¿por qué?
- ¿Cómo pensáis que impactan en vuestro desempeño?
- ¿Creéis que estas competencias han variado según la experiencia?
- ¿En qué situaciones pensáis que son más importantes?
- ¿Podéis poner algún ejemplo en el que penséis que estas competencias han tenido un impacto en la atención prestada?

Tema 3: Preguntas sobre la formación en competencias socioemocionales.

- ¿Habéis recibido alguna formación previa en competencias socioemocionales? De ser afirmativo ¿de qué tipo? y ¿en dónde?.

Tema 4. Preguntas sobre recomendaciones y sugerencias para el diseño de futuras intervenciones.

- ¿Si pudieran diseñar un programa de entrenamiento en competencias socioemocionales que creéis que sería imprescindible?
- Me gustaría indagar sobre vuestras recomendaciones para el desarrollo de esos programas.
- ¿Cómo creéis que se podría mejorar el apoyo emocional en el ámbito laboral de las enfermeras que trabajáis en unidades especiales?

Tema 5: Cierre

Ya hemos finalizado la sesión, os doy las gracias por vuestra participación. Una vez transcrita la sesión se analizarán los datos de cara a extraer resultados sobre vuestras opiniones. Para cualquier información sobre esta sesión podéis contactar con la investigadora del proyecto, María Lanza.

Anexo 9. Cuestionario para la recogida de datos sociodemográficos-IHSE

Proyecto IHSE

PROYECTO IHSE CANTABRIA- Necesidades en la formación de habilidades socioemocionales para las enfermeras de unidades de alto impacto emocional en Cantabria

EDAD

e.g., 23

GENERO CON EL QUE TE IDENTIFICAS

- MUJER
 HOMBRE
 OTRO

NIVEL DE EDUCACIÓN MÁXIMA FINALIZADA

- GRADO
 MÁSTER
 DOCTORADO

Especialización o formación adicional relacionada con la enfermería

Universidad donde se formó

Años de experiencia como enfermera/enfermero

Años de experiencia trabajando en unidades especiales (Oncohematología, cuidados paliativos, unidad de cuidados paliativos, hospital de día médico, urgencias, extrahospitalaria, otros)

¿Ha recibido formación específica en habilidades socioemocionales?

- SI
 NO

Describe brevemente el tipo de formación recibida (talleres, cursos...)

¿Considera que la formación recibida ha sido adecuada para su práctica profesional?

- SI
 NO

Unidad especial en la que te encuentras trabajando actualmente o has trabajado en el último año.

- Onco-hematología
 UCI
 URGENCIAS
 EXTRAHOSPITALARIA
 PALIATIVOS
 OTROS:

Submit

Anexo 10. Árbol de codificación proyecto IHSE.

TEMA	CATEGORIA	CÓDIGO
SITUACIONES EMOCIONALMENTE DEMANDANTES	Cambios bruscos en la salud	Incertidumbre
		Rapidez cambios
		Poca esperanza de vida
		Críticos
		Reto emocional constante
	Informar malas noticias	Informar familia gravedad
		Informa familia muerte
		Desafío hacer frente tristeza familia
		Desafío gestionar las propias emociones al dar malas noticias
		Comunicación a la familia en la muerte o sedación,
	Contacto con el sufrimiento/muerte	Despedidas pacientes
		Enfrentamiento constante situaciones pérdida y sufrimiento
		Trato paciente situación terminal
		Trato paciente situación crítica
	Muerte inesperada	Tristeza
		Angustia
		Impotencia
		Situaciones súbitas mayor impacto
		Muerte infantil
		Muerte violenta
		Muerte domicilio
		Muerte joven
	Sobrecarga laboral y emocional	Aumento presión emocional
		Entornos exigentes
		Ambiente laboral difícil
		Pacientes depositan dudas y preocupaciones enfermeros
		Responsabilidad percibida en la mediación de la información médica
		Empatía hacia los pacientes
	Conflictos interpersonales y cohesión equipo	Rotación constante servicios
		Falta integración equipos nuevos
		Malentendidos
		Enfrentamientos tonterías
Cambio en la imagen corporal	Amputaciones	
	Cambios corporales drásticos	
	Carga emocional pacientes	
	Carga emocional familias	
	Carga emocional profesionales	

FACTORES QUE HACEN ESTAS SITUACIONES EMOCIONALMENTE DEMANDANTES

EMOCIONES VINCULADAS A LAS SITUACIONES DEMANDANTES

Pacientes vulnerables	Pacientes mayores
	Vulnerabilidad en los pacientes durante procedimientos médicos
	Pacientes situaciones críticas
Tabú social muerte	Cultura
	Aferrarse recuerdos
	Apego cultural
	Exacerba sufrimiento
Falta recursos	Limitaciones de personal disponible
Falta apoyo	Falta apoyo superiores
	Compañeros
Altas expectativas	Autoexigencia
	Sentimiento responsabilidad
	Necesidad ser eficientes contextos impredecibles
Desconocimiento contexto	Desconocimiento paciente y entorno
Falta herramientas emocionales	No tienen método afrontar
	Actuación según demanda el entorno
	No formación académica adecuada
	Falta herramienta gestión emociones pacientes y familia
	Falta formación autogestión emocional
Frustración	No poder salvar paciente
	No poder realizar el trabajo de forma adecuada
	No poder hacer nada más
Tristeza	Desgarrante
Impotencia	Incapacidad aliviar sufrimientos pacientes/familia
	Esfuerzo sin recompensa
Rabia/ira	Falta control situación
	Percepción injusticia
Bloqueo emocional	No saber cómo actuar
	No saber que decir
Culpabilidad	Errores percibidos
	No se logra salvar al paciente
Empatía	Conectar sufrimiento paciente/familia
Inseguridad	Sustitutos
	Situación desconocida
	Errores percibidos como consecuencias graves
	Miedo ser juzgado
Estrés	Entorno laboral
	Falta recursos lidiar situaciones
	Asumir roles que exceden de sus competencias
	Falta de tiempo
	Sobrecarga tareas
	Falta apoyo equipo

IMPACTO DESEMPEÑO Y ATENCIÓN BRINDADA

ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO

NECESIDADES DE FORMACIÓN

Dificultad gestionar otras tareas	Dificultad tras un aviso grave de continuar con los leves
aislamiento emocional	Distanciarse familia/compañeros evitar emociones interfieran
calidad atención	Inseguridad
	Tensión
	Disminuye atención
	Disminuye concentración
relaciones laborales	Mejoran o deterioran la relación
desgaste emocional acumulado	Ansiedad
	Llevarse emociones a casa
	Dificultad dormir
Apoyo entre compañeros	Ayuda percepción y gestión estrés
	Hablar con compañero
evitar conflictos	Evitar hablar errores
Apoyo emocional	Escucha activa
	Individualizar abordaje
	Empatía
	Abrazos
	Dar consuelo
Escucha historias personales	
distanciamiento emocional	Irse o dejarlo a otra persona
relajación y autocuidado	Estrategia limitada o insuficientes
	Separa vida personal y profesional
	Hacer deporte
	Salir con amigos
	Técnicas de relajación
	Desconectar
autocompasión	Comprensión con uno mismo
	Aceptar no siempre estar al 100%
Otras habilidades socioemocionales	Manejar estrés
	Trabajo en equipo
	Toma decisión
	Equilibrio empatía y protección emocional
	Gestión emocional
	Escucha activa
Resolución conflictos	
Habilidades comunicativas	Comunicación efectiva
	Manejo información médica
	Dar malas noticias

RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LOS PROFESIONALES

Gestión del duelo	Duelo, muerte
empatía	Propias, pacientes, familia
Desarrollo de programas específicos de habilidades socioemocionales	Rol-play
	Mindfulness
	Autocuidado
	Comunicación situaciones críticas
	Simulación
Espacios reglados discusión	Debriefings
	Foros
	Abordar problemas emocionales o laborales
Fomentar autoanálisis	Intercambio experiencias
	Debriefings
	Grupos discusión
	Charlas compañeros
Desarrollo protocolos comunicación médico-enfermera-paciente	Aprender errores
	Crecimiento profesional
	Claros
	Abordar situaciones extremas
	Definan hasta dónde llega información enfermería
sensibilización organizacional/ integración laboral	Mayor colaboración médicos y enfermeras gestión información
	Mejorar integración personal
	Cultura apoyo mutuo
	Fortalecer trabajo en equipo
	Reducir percepción aislamiento y juicio
adaptación formación universitaria	Crear ambiente donde expresar emociones no sea signo debilidad
	Módulos manejo emocional
implementación sistemas apoyo	Modulo comunicación
	Acceso psicólogo
Fomentar actitud proactiva	Supervisión emocional tras incidentes traumáticos
	Responsabilidad individual formación
Herramientas tangibles y aplicables a situaciones reales	Ir más allá de la teoría
Charlas experiencia pacientes	Escuchar pacientes
	Aprender de su experiencia

Anexo 11. Consentimiento informado proyecto IHSE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL ESTUDIO: *La importancia de las habilidades socioemocionales para las enfermeras de unidades especiales en Cantabria. Proyecto IHSE-Cantabria*

Coordinadora del estudio: **MARÍA LANZA POSTIGO**

Universidad de Cantabria

CENTROS: Facultad de enfermería y Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Yo, (*nombre y apellido*). _____

(Nombre y apellidos del participante en MAYÚSCULAS)

- He leído y comprendido la hoja de información que se me ha entregado sobre el estudio arriba indicado.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He realizado todas las preguntas que he precisado sobre el estudio.
- He hablado con: (*nombre de la coordinadora del estudio*) _____ quien me ha aclarado todas las dudas
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - Cuando quiera
 - Sin dar explicaciones
 - Sin que repercuta en mi puesto profesional
- Comprendo que si decido retirarme del estudio los resultados obtenidos hasta ese momento podrán seguir siendo utilizados pero que no se incorporarán nuevos datos.
- Comprendo que tengo los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a mis datos de carácter personal de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 1720/2007 de 21 de diciembre por el que se aprueba su reglamento de desarrollo.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al estudiante.

Firma del participante:

Firma de la coordinadora del estudio:

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha:

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, D./Dña. _____
retiro el consentimiento otorgado para mi participación en el estudio arriba citado.

Fecha y firma:

Anexo 12. Acreditaciones de las comunicaciones presentadas en los congresos



Pedro Membiela Iglesia, on behalf of the Organizing Committee of the 8th International Conference on Higher Education Teaching (CINDU 2023) notes that:

Pedro Membiela Iglesia, en representación del Comité Organizador del VIII Congreso Internacional de Docencia Universitaria (CINDU 2023) hace constar que:

María Lanza Postigo

Has presented the paper

Ha presentado la comunicación

Eficacia del entrenamiento en competencias socioemocionales en estudiantes de Enfermería. Un estudio de método mixto

in the 8th International Conference on Higher Education Teaching (CINDU 2023) held from the twelfth to fifteenth of June two thousand and twenty-three.

en el VIII Congreso Internacional de Docencia Universitaria (CINDU 2023) celebrado del doce al quince de junio de dos mil veintitrés.

And to produce the appropriate effects, I promulgate and sign this document the twentieth of June two thousand and twenty-three.

Y para que produzca los efectos oportunos, expido y firmo el presente documento el veinte de junio de dos mil veintitrés.

On behalf of the Organizing Committee

En representación del Comité Organizador



Pedro Membiela Iglesia, on behalf of the Organizing Committee of the 8th International Conference on Higher Education Teaching (CINDU 2023) notes that:

Pedro Membiela Iglesia, en representación del Comité Organizador del VIII Congreso Internacional de Docencia Universitaria (CINDU 2023) hace constar que:

María Lanza Postigo

Has presented the paper

Ha presentado la comunicación

Metodologías activas para un abordaje progresivo de la muerte en estudiantes de enfermería. Un estudio cualitativo

in the 8th International Conference on Higher Education Teaching (CINDU 2023) held from the twelfth to fifteenth of June two thousand and twenty-three.

en el VIII Congreso Internacional de Docencia Universitaria (CINDU 2023) celebrado del doce al quince de junio de dos mil veintitrés.

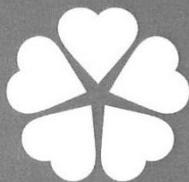
And to produce the appropriate effects, I promulgate and sign this document the twentieth of June two thousand and twenty-three.

Y para que produzca los efectos oportunos, expido y firmo el presente documento el veinte de junio de dos mil veintitrés.

On behalf of the Organizing Committee

En representación del Comité Organizador





Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

CERTIFICATE

International Staff Week 2022

It is hereby confirmed that

María Lanza Postigo RN, MSc.

attended the International Staff Week related to the topic

"Simulation Based Learning in Nursing"

held at the University of South Bohemia in České Budějovice,
Faculty of Health and Social Sciences from
22nd till 26th August 2022.

María Lanza Postigo RN, MSc. contributed with a presentation: "The effectiveness of high-fidelity simulation in the acquisition of socioemotional competencies related to Health care" on Thursday 25th August 2022.

Mgr. Ivana Chloubová, Ph.D.

Dean of the Faculty of Health and Social Sciences,
University of South Bohemia in České Budějovice

26th August 2022 / České Budějovice, Czech Republic

Anexo 14. Presentación realizada en estancia Ceske-Budejovice

 Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Sciences

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
University of South Bohemia in České Budějovice

RESEARCH PROTOCOL OF THE DOCTORAL CANDIDATE IN MEDICINE AND HEALTH SCIENCES

AUGUST 2022

Institute of Nursing, Midwifery and Emergency Care.

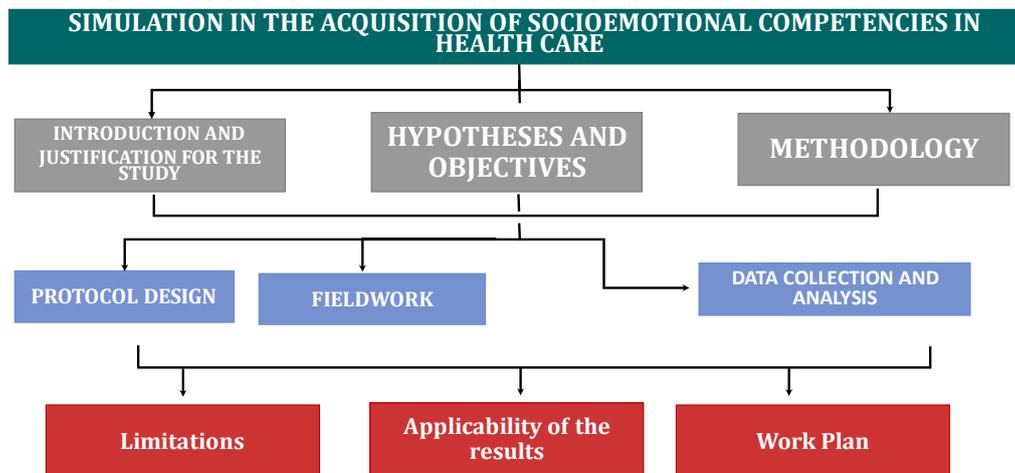
České Budějovice, Czech Republic

The effectiveness of high-fidelity simulation in the acquisition of socioemotional competences related to Health care

La efectividad de la simulación de alta fidelidad en la adquisición de competencias socioemocionales relacionadas con los cuidados de salud.

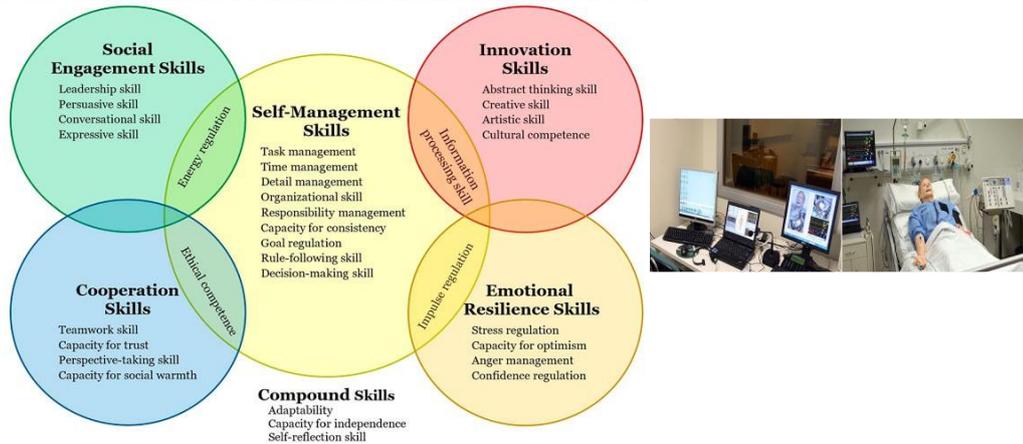
AUTHOR: MARÍA LANZA POSTIGO

THESIS SUPERVISOR : CARMEN ORTEGO Y REBECA ABAJAS





The Behavioral, Emotional, and Social Skills Inventory (BESSI)



1. Clede L, Nazar C, Montaña R. Simulación en educación médica y anestesia. Rev Chil Anest. 2012;46-52.
 2. Urra- Medina E, Sandoval Barrientos S, Iribarren Navarro F. El desafío y futuro de la simulación como estrategia de enseñanza en enfermería. Investig en Educ Médica. 2017;6(22):119-25. doi: <https://doi.org/10.10181/ieem.2017.01.147>
 3. Centella T, Hornero F. Entrenamiento basado en la simulación: un cambio necesario en la formación de nuestra especialidad. Cir Cardiovasc. 2017;24(4):187-9. doi: 10.1016/j.circv.2017.03.002



Why is it important to study this phenomenon and its impact?

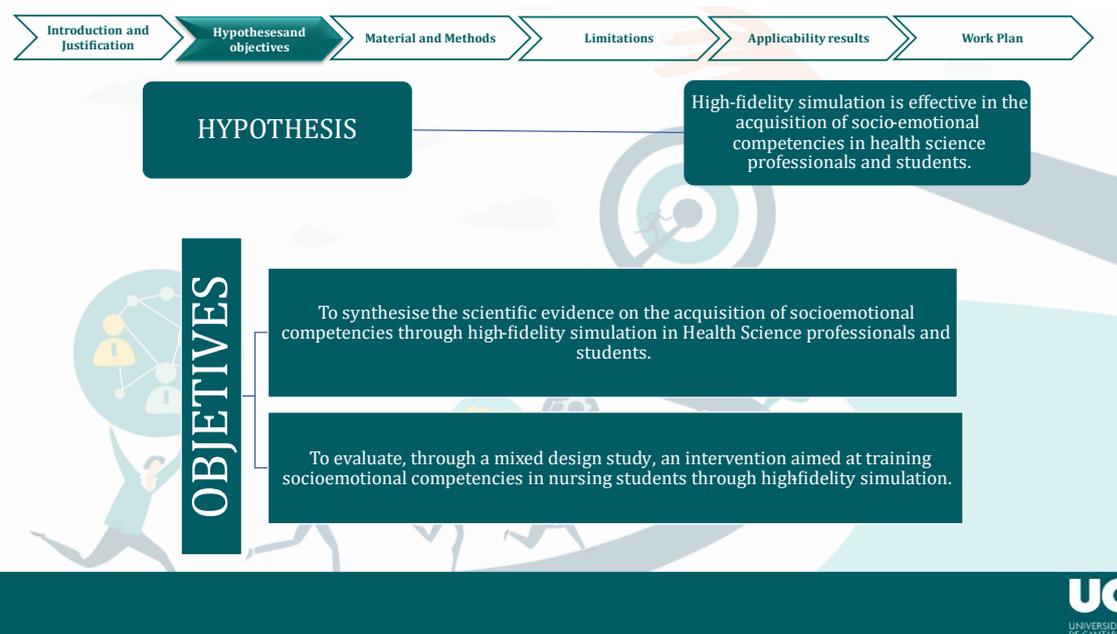
<p>Several studies(4-8) conclude that the use of high-fidelity simulation is effective in increasing skills. In addition, it enables learning in a protected environment.</p>	<p>Martínez-Castillo and Matus (2014) show that simulation is a learning method that favours the development of communication skills, increases confidence and allows linking classroom theory with practice.</p>	<p>In students who have not yet done work experience in real care settings, it is necessary to incorporate prior training in emotion control, active listening and assertiveness (4,8).</p>	<p>Training future health professionals will contribute to increasing their well-being and the quality of care. A significant association has been shown to exist between the level of training and the quality of care provided.</p>
---	--	---	---

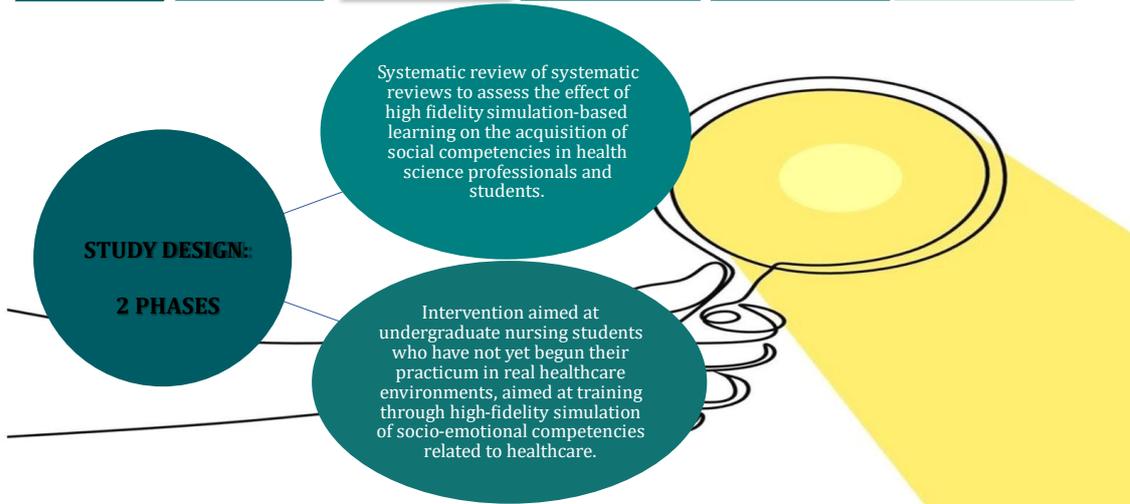
4. Martínez F, Matus R. Desarrollo de habilidades con simulación clínica de alta fidelidad. Perspectiva de los estudiantes de enfermería. Enfermería Univ [Internet]. 2015;12(2):93-8.
 5. Tamaki T, Inumaru A, Yokoi Y, Fujii M, Tomita M, Inoue Y, et al. The effectiveness of end-of-life care simulation in undergraduate nursing education: A randomized controlled trial. Nurse Educ Today. 2019;76(August 2018):1-7.
 6. Abajas-Bustillo R, Amo-Setién F, Aparicio M, Ruiz-Pellón N, Fernández-Peña R, Sillo-García T, et al. Using high-fidelity simulation to introduce communication skills about end-of-life to novice nursing students. Healthc. 2020;9(3).
 7. Ruiz-Pellón N, Sarabia-Cobo C, Amo-Setién F, Fernández-Peña R, Abajas R, Martín R, et al. Experiences of nursing students participating in end-of-life education programs: A systematic review and qualitative metasynthesis. Nurse Educ Today [Internet]. 2020;90:104442.
 8. Smith MB, MacIsair TGR, Bumbach MD, Garbutt SJ, City SW, Stephen A, et al. The Use of Simulation to Teach Nursing Students and Clinicians Palliative Care and End-of-Life Communication: A Systematic Review. Am J Hosp Palliat Med. 2018;35(8):1140-54.





3. Centella T, Hornero F. Entrenamiento basado en la simulación: un cambio necesario en la formación de nuestra especialidad. Cir Cardiovasc. 2017;24(4):187-9. doi: 10.1018/j.circv.2017.03.002





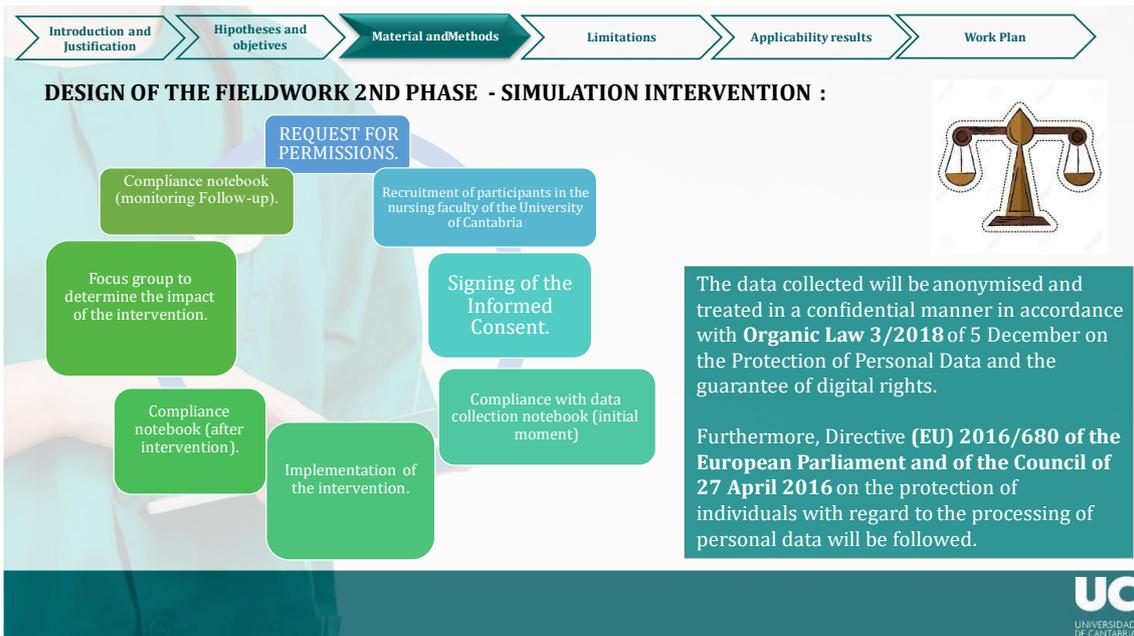
PHASE 1: SYSTEMATIC REVIEW OF SYSTEMATIC REVIEWS

INCLUSION CRITERIA:

1. The study will synthesize information on the use of high fidelity simulation in the acquisition of socio-emotional competencies.
2. Participants shall be students or professionals in the health sciences.
3. The type of study shall be a systematic review with or without meta-analysis.
4. The manuscript shall be written in English or Spanish.

DATABASES USED:

- PubMed-Medline
- CINAHL Plus
- The Cochrane Database of Systematic Reviews
- Scopus (EMBASE)
- Cuiden Plus y Dialnet.



DESIGN OF THE FIELDWORK 2ND PHASE - SIMULATION INTERVENTION :

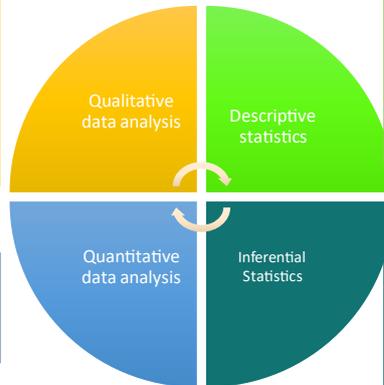
Scales for quantitative measurement of socio-emotional dimensions

- **The Test of Cognitive and Affective Empathy (TECA)** contains 33 items. It assesses two dimensions: The Cognitive Dimension includes the Perspective Adoption and Emotional Understanding scales. The affective dimension includes Empathic Stress and Empathic Joy. The test also provides an overall score that can range from 33 -165 points.
- **The Communication Skills Questionnaire (HABICOM)** consists of 34 questions on communication skills and attitudes related to: Generating Motivation; Non -verbal Communication; Empathy; Emotional Expression; Oral Expression; Conveying Information; Open and Authentic Communication and Listening.



The quantitative and qualitative data collected will be analysed using a mixed methodology.

The qualitative content analysis will be carried out according to the consolidated criteria of the COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) and the Braun and Clarke guidelines. NVivo Release 1.0 software will be used for the analysis of transcribed data.



- Quantitative variables:**
- Mean and standard deviation (if they meet normality criteria) or median and interquartile range.
- Qualitative variables (%):**
- Frequency tables and visual representation by sector and bar charts.

"Intra-subject analysis aimed at analysing the evolution of results".

- To the extent that the assumptions are met, parametric tests will be used, to be replaced by non-parametric tests in appropriate cases.
- Bivariate analyses and those variables where statistically significant results $p < 0.05$ are obtained will be incorporated into multivariate models.

Statistical analyses will be performed with the statistical package IBM SPSS Statistics 22.0 2.0 and the Microsoft Office Excel spreadsheet. Point and 95% confidence interval values will be provided for parameter estimation.



The main disadvantage of this pedagogical tool is its high cost and the need for teachers who know how to use it, which requires time and training.





EXPECTED RESULTS WITH TRANSFERABILITY IN THE SHORT, MEDIUM OR LONG TERM:

Increasing knowledge and awareness of this phenomenon	Demonstrate that this methodology is useful and effective in developing communication skills.	Change in teaching methodology at the University
To produce an up-to-date synthesis of all information	Add evidence about this phenomenon	New fields of study and research



WORK TIMETABLE 1ST PHASE RS OF RS	2021				2022			
	1 ^{er} TRI	2 ^o TRI	3 ^{er} TRI	4 ^o TRI	1 ^{er} TRI	2 ^o TRI	3 ^{er} TRI	4 ^o TRI
Setting up the research group								
Designing the review								
Design the protocol to be followed by the RS								
Start 1st and 2nd selection phase: identification, screening and selection according to title and abstract.								
Carry out 3rd selection phase: full text								
Register in Prospero and flowchart								
Codification								
Create database								
Statistical analysis								
Writing a manuscript								





WORK TIMETABLE 2ND PHASE	2023				2025			
	1 ^{er} TRI	2 ^o TRI	3 ^{er} TRI	4 ^o TRI	1 ^{er} TRI	2 ^o TRI	3 ^{er} TRI	4 ^o TRI
Apply for permits.								
Designing the intervention								
Data collection								
Interpreting results								
Analyse quantitative and qualitative data								
Describe the results								
Writing and revising the manuscript								



CONCLUSIÓN:

In recent years, clinical care has become more personalised, making it essential to develop adequate socioemotional skills in order to carry out quality care. In addition, they help to reduce the fear and anxiety generated by difficult situations such as palliative care or life-threatening emergencies.





THANK YOU

"Empathy and communication with the patient, in different contexts of their health and disease process, as well as with their family environment have an impact on the care provided by nursing professionals".



VI Convocatoria de Innovación Docente

Vicerrectorado de Ordenación Académica y Profesorado

D. Ernesto Anabitarte Cano, Vicerrector de Ordenación Académica y Profesorado de la Universidad de Cantabria,

CERTIFICA que:

D^a. María Lanza Postigo, ha participado en calidad de **Colaboradora** en el proyecto denominado **«Entrenamiento de competencias socio-emocionales del estudiantado en las asignaturas Ciencias Psicosociales II y Formación en Valores y Competencias Personales de los Grados en Enfermería y Magisterio mediante Simulación, Teatro Foro y otras metodologías activas»**, que se ha desarrollado en el marco de la VI Convocatoria de Proyectos de Innovación Docente 2022-2023 de la Universidad de Cantabria. Este proyecto ha obtenido un **INFORME FAVORABLE** de la Comisión de Innovación Educativa de la Universidad de Cantabria.

Y para que así conste, a los efectos oportunos, y a petición del interesado, lo firmo a fecha de firma electrónica.

Ernesto Anabitarte Cano

Vicerrector de Ordenación Académica y Profesorado
Universidad de Cantabria