Enfermería Global
ISSN 1695-6141 Revista electrónica cuatrimestral de Enfermería
Nº 80 2026
www.um.es/eglobal/

REVISIÓN

Autoeficacia de enfermeros en la atención a pacientes en cuidados paliativos: revisión de alcance

Nurses' self-efficacy in the care of palliative care patients: a scoping review

Adriana Coutinho Leite[1*]
Adriana Meira Tiburtino Nepomuceno[2]
Tereza Natalia Bezerra de Lima[3]
Lidiane Lima de Andrade[4]
Marta Miriam Lopes Costa[5]

[1] Enfermero, Maestría en el Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa/PB, Brasil. Correo electrónico: adrianacoule@gmail.com
[2] Enfermero, candidato a doctorado en el Programa Profesional de Posgrado en Gerontología de la Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa/PB, Brasil.
[3] Enfermero, candidato a doctorado en el Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa/PB, Brasil.
[4] Enfermero, Profesor del Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa/PB, Brasil.
[5] Enfermero, Profesor del Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa/PB, Brasil.

elocation-id:e681531

Recibido:27/09/2025
Aceptado: 21/04/2026

RESUMEN:
Introducción: La autoeficacia es la creencia del profesional en su propia capacidad de actuar en situaciones desafiantes. En el cuidado al final de la vida, se asocia al modo en que el enfermero conduce decisiones y conductas junto al paciente y a la familia, y a la seguridad con que actúa.
Objetivo: Identificar, en la literatura, cómo se ha evaluado la autoeficacia de los enfermeros en la asistencia a pacientes en cuidados paliativos y los factores asociados a ella.
Métodos: Se realizó una revisión de alcance, conducida conforme a la metodología del *Joanna Briggs Institute* y reportada según las directrices *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*. La pregunta orientadora fue: "¿Cómo se evalúa la autoeficacia de los enfermeros en la prestación de asistencia a pacientes en cuidados paliativos?" La búsqueda se realizó en siete bases de datos y en la literatura gris. Dos revisores independientes realizaron la selección con la ayuda de la plataforma Rayyan, y las divergencias fueron resueltas por un tercer revisor.
Resultados: Se identificaron 2.043 estudios, de los cuales 13 compusieron la muestra final. Predominaron estudios asiáticos, de diseño transversal y enfoque cuantitativo. Se encontraron 13 escalas diferentes para la evaluación de la autoeficacia. Los factores más frecuentemente relacionados fueron el conocimiento y la formación específica en cuidados paliativos.
Implicaciones para la práctica: Comprender los factores que influyen en la autoeficacia subsidia estrategias educativas y fortalece prácticas asistenciales calificadas, seguras y humanizadas en cuidados paliativos.

Palabras clave: Enfermeros; Autoeficacia; Cuidados paliativos.

ABSTRACT:
Introduction: Self-efficacy is a professional's belief in their own capacity to act in challenging situations. In end-of-life care, it relates to how nurses handle decisions and conduct with the patient and the family, and to the confidence with which they act.
Objective: To identify in the literature how the self-efficacy of nurses has been evaluated in the care of patients in palliative care and the factors associated with it.
Methods: A scoping review was conducted following the methodology of the Joanna Briggs Institute and reported according to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews guidelines. The guiding question was: "How is the self-efficacy of nurses evaluated in providing care to patients in palliative care?" The search was conducted in seven databases and in grey literature. Two independent reviewers performed the screening with the help of the Rayyan platform, and discrepancies were resolved by a third reviewer.
Results: A total of 2,043 studies were identified, of which 13 comprised the final sample. Asian studies predominated, with a cross-sectional design and quantitative approach. Thirteen different scales for assessing self-efficacy were found. The most frequently related factors were knowledge and specific training in palliative care.
Practice implications: Understanding the factors that influence self-efficacy supports educational strategies and strengthens qualified, safe, and humane care practices in palliative care.

Keywords: Nurses; Self-efficacy; Palliative Care.

INTRODUCCIÓN

La creciente demanda de cuidados paliativos (CP) refleja la necesidad de intervenciones orientadas a la promoción de la calidad de vida de pacientes y familiares ante condiciones de salud que amenazan la continuidad de la vida. Este cuidado se fundamenta en la identificación temprana de necesidades, en la prevención y el alivio del sufrimiento, así como en la evaluación y manejo del dolor y otros síntomas de naturaleza física, psicológica, social y espiritual[1,2].

En 2022, alrededor de 56 millones de personas necesitaban CP en el mundo, de las cuales 25 millones estaban en fase terminal. Las proyecciones indican que, para 2060, esta demanda mundial superará los 100 millones de individuos[3].

En este contexto se destaca la actuación del enfermero, que abarca la dimensión técnica del cuidado en lo que respecta a la identificación de las necesidades de los pacientes, la implementación de estrategias de prevención y alivio del sufrimiento, del dolor y demás síntomas. Le corresponde también acoger el sufrimiento psicológico, articular el apoyo social y mediar la comunicación entre el equipo, el paciente y la familia[4,5]. Actuar así exige formación teórica y práctica específica en CP[6].

En la Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura[7], la autoeficacia es la creencia del individuo en su capacidad de realizar acciones para alcanzar determinados resultados. Los factores personales, comportamentales y ambientales se modifican de forma recíproca. Los profesionales con autoeficacia elevada enfrentan desafíos y ejecutan tareas con mayor competencia; cuando esa creencia disminuye, el desarrollo de las potencialidades individuales queda comprometido[8,9]. En el contexto de los CP, evaluar y comprender este constructo resulta esencial para fortalecer las competencias que exige una asistencia calificada.

No se encontró, ni en las bases de datos consultadas ni en la plataforma de registro de estudios Open Science Framework (OSF), ninguna revisión con un objetivo similar al de esta. Conocer cómo viene siendo analizada la autoeficacia del enfermero en CP sigue siendo, por lo tanto, un vacío; cubrirlo puede aportar elementos para orientar estrategias de capacitación y mejorar las competencias de estos profesionales en ese cuidado.

Ante este escenario, la revisión de alcance tuvo como objetivo mapear cómo ha sido evaluada la autoeficacia de los enfermeros en la asistencia a pacientes en cuidados paliativos, así como sus factores asociados.

METODOLOGÍA

Se trata de una revisión de alcance, cuyo protocolo fue previamente registrado en la plataforma OSF, con número de identificación DOI: 10.17605/OSF.IO/JPDBM, conducida conforme a las directrices metodológicas del Instituto Joanna Briggs (JBI)[10,11].

Su ejecución involucra nueve etapas principales: identificación de la cuestión de investigación; definición de los criterios de inclusión y exclusión; identificación de las fuentes de evidencia relevantes; elaboración de la estrategia de búsqueda; selección de las evidencias; extracción de los datos; análisis y presentación de los datos; discusión de los resultados; y conclusión con implicaciones para la práctica y la investigación[10].

La elaboración de la pregunta de investigación fue orientada por el acrónimo PCC – Población, Concepto y Contexto –, conforme a las recomendaciones metodológicas[10]. Se definió: P (Población) – enfermeros; C (Concepto) – autoeficacia; y C (Contexto) – cuidados paliativos. Por lo tanto, la cuestión propuesta fue: "¿Cómo ha sido evaluada la autoeficacia de los enfermeros en la asistencia a pacientes en cuidados paliativos, y cuáles son sus factores asociados?"

La estrategia de búsqueda, con enfoque en alta sensibilidad, fue elaborada con el apoyo de una bibliotecaria especializada y siguió tres etapas recomendadas por el JBI[10]. Inicialmente, se identificaron los descriptores relacionados a los elementos del acrónimo PCC, consultando los vocabularios estandarizados en los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), *Medical Subject Headings* (MeSH) y *Embase Subject Headings* (EMTREE). A partir de esto, se desarrolló una estrategia de búsqueda preliminar, incorporando sinónimos en portugués, inglés y español, con el objetivo de ampliar el alcance de la identificación de estudios relevantes.

En la etapa siguiente, se realizó una prueba piloto en la base de datos *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline®), a través de PubMed®, con la finalidad de ajustar la concordancia entre los revisores. Esta prueba consistió en la selección de títulos y resúmenes para verificar los términos más recurrentes en la literatura, validar los descriptores seleccionados e identificar publicaciones alineadas con el objetivo de la revisión. Todos los artículos considerados potencialmente elegibles fueron accedidos en su totalidad por dos revisores de forma independiente.

Con base en la validación de la prueba, la estrategia de búsqueda fue refinada y adaptada para cada base de datos, respetando sus particularidades terminológicas. Se utilizaron operadores booleanos – *AND* para combinar conceptos distintos y *OR* para agrupar sinónimos –, asegurando cohesión y consistencia en las formulaciones.

Después de la definición de los descriptores y sus equivalentes en los diferentes vocabularios controlados, se realizó, en mayo de 2025, el mapeo electrónico de la literatura en las siguientes bases de datos: MEDLINE (a través de PubMed), *Scopus* (Elsevier), Embase (*Excerpta Medica Database*), *Web of Science* (*Clarivate Analytics*), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Base de Datos de

Enfermería (BDENF), Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS). El acceso a estas bases se realizó a través del Portal de Periódicos de la Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior (CAPES), utilizando autenticación a través de la Comunidad Académica Federada (CAFe), con el fin de estandarizar la recolección de datos. Para la búsqueda en la literatura gris, se consultaron la Biblioteca Digital Brasileña de Tesis y Disertaciones (BDTD), mantenida por el Instituto Brasileño de Información en Ciencia y Tecnología, y el Catálogo de Tesis y Disertaciones de CAPES.

Las estrategias de búsqueda aplicadas en las bases de datos seleccionadas están presentadas en el Cuadro 1 a continuación:

Cuadro 1. Estrategia de búsqueda utilizada en cada base de datos seleccionada. João Pessoa/PB, Brasil, 2025.

Base de Datos	Estrategia de Búsqueda	Resultados
Medline / PubMed	("Self efficacy"[MeSH Terms] OR " Self efficacy"[All Fields]) AND ("Nursing"[MeSH Terms] OR "Nursing"[All Fields] OR "Nurses"[MeSH Terms] OR "Nurse"[All Fields]) AND (“Palliative Care”[MeSH Terms] OR “Palliative Care”[All Fields] OR “Palliative Treatment”[All Fields] OR “Palliative Therapy”[All Fields] OR “Therapy, Palliative”[All Fields] OR “Palliative Medicine”[Mesh Terms] OR “Palliative Medicine”[All Fields] OR “Hospice and Palliative Care Nursing”[Mesh Terms] OR “Palliative Nursing”[All Fields] OR “Palliative Care Nursing”[All Fields] OR “Hospice Nursing”[All Fields] OR “Hospice Care”[Mesh Terms] OR “Hospice Care”[All Fields] OR “Hospice Programs”[All Fields] OR “Bereavement Care”[All Fields] OR “Terminal Care”[Mesh Terms] OR “Terminal Care”[All Fields] OR “End of Life Care”[All Fields] OR “Hospices”[Mesh Terms] OR “Hospices”[All Fields])	299
Embase	('self concept'/exp OR 'self efficacy') AND ('nursing'/exp OR 'nursing' OR 'nurse'/exp OR 'nurse') AND ('palliative therapy'/exp OR 'palliative care' OR 'palliative treatment' OR 'palliative therapy' OR 'therapy, palliative' OR 'palliative therapy'/exp OR 'palliative medicine' OR 'palliative nursing'/exp OR 'palliative nursing' OR 'palliative care nursing' OR 'hospice nursing' OR 'hospice care'/exp OR 'hospice care' OR 'hospice programs' OR 'bereavement care' OR 'terminal care'/exp OR 'terminal care' OR 'end of life care' OR 'hospice'/exp OR 'hospices')	1.353
Scopus	TITLE-ABS-KEY("self-efficacy") AND (TITLE-ABS-KEY("nursing") OR TITLE-ABS-KEY("nurse")) AND (TITLE-ABS-KEY("palliative care") OR TITLE-ABS-KEY("palliative treatment") OR TITLE-ABS-KEY("palliative therapy") OR TITLE-ABS-KEY("palliative medicine") OR TITLE-ABS-KEY("hospice care") OR TITLE-ABS-KEY("bereavement care") OR TITLE-ABS-KEY("terminal care") OR TITLE-ABS-KEY("end of life care"))	186
Web of Science	TS=("self-efficacy" OR "self efficacy") AND TS=("nursing" OR "nurse") AND TS=("palliative care" OR "palliative treatment" OR "palliative therapy" OR "palliative medicine"	134

Base de Datos	Estrategia de Búsqueda	Resultados
	OR "hospice care" OR "bereavement care" OR "terminal care" OR "end of life care")	
CINAHL (EBSCO)	(MH "Self-efficacy" OR KW "Self-efficacy") AND (MH "Nursing" OR KW "Nursing") AND (MH "Palliative care" OR KW "Palliative care" OR KW "Hospice care")	40
LILACS	("self efficacy" OR autoeficácia OR autoeficacia:de) AND (nursing OR Enfermería OR enfermagem OR enfermagem:de OR “Enfermeiras e Enfermeiros” OR “Enfermeiro e Enfermeira” OR nurses OR nurse OR Enfermeras y Enfermeros) AND (“Palliative Care” OR “cuidados paliativos” OR cuidados paliativos:de OR cuidados terminais:de OR “Palliative Treatment” OR “Palliative Therapy” OR “Therapy, Palliative” OR “Assistência Paliativa” OR “Cuidado Paliativo” OR “Cuidado Paliativo de Apoio” OR “Tratamento Paliativo” OR “Enfermagem de Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida” OR “Enfermagem de Cuidados Paliativos” OR “Hospice and Palliative Care Nursing” OR “Hospice Nursing” OR “Hospice Nursings” OR “Nursing, Hospice” OR “Nursings, Hospice” OR “Palliative Care Nursing” OR “Palliative Nursing” OR “Enfermería de Cuidados Paliativos al Final de la Vida” OR “Medicina Paliativa” OR “Palliative Medicine” OR “Medicine, Palliative” OR “Medicine, Palliative Care” OR “Palliative Care Medicine” OR “Hospice Care” OR “Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida” OR “Cuidado Paliativo a Doentes Terminais” OR “Cuidados Paliativos al Final de la Vida” OR “Hospice Programs” OR “Bereavement Care” OR “Terminal Care” OR “Assistência Terminal” OR “Cuidado Terminal” OR “Assistência na Terminalidade da Vida” OR “Cuidados de Fim de Vida” OR “End of Life Care” OR “Hospices” OR “Hospitais para Doentes Terminais” OR “Hospitales para Enfermos Terminales”) AND (db:"LILACS")	13
BDENF	("self efficacy" OR autoeficácia OR autoeficacia:de) AND (nursing OR Enfermería OR enfermagem OR enfermagem:de OR “Enfermeiras e Enfermeiros” OR “Enfermeiro e Enfermeira” OR nurses OR nurse OR Enfermeras y Enfermeros) AND (“Palliative Care” OR “cuidados paliativos” OR cuidados paliativos:de OR cuidados terminais:de OR “Palliative Treatment” OR “Palliative Therapy” OR “Therapy, Palliative” OR “Assistência Paliativa” OR “Cuidado Paliativo” OR “Cuidado Paliativo de Apoio” OR “Tratamento Paliativo” OR “Enfermagem de Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida” OR “Enfermagem de Cuidados Paliativos” OR “Hospice and Palliative Care Nursing” OR “Hospice Nursing” OR “Hospice Nursings” OR “Nursing, Hospice” OR “Nursings, Hospice” OR “Palliative Care Nursing” OR “Palliative Nursing” OR “Enfermería de Cuidados Paliativos al Final de la Vida” OR “Medicina Paliativa” OR “Palliative Medicine” OR “Medicine, Palliative” OR	10

Base de Datos	Estrategia de Búsqueda	Resultados
	“Medicine, Palliative Care” OR “Palliative Care Medicine” OR “Hospice Care” OR “Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida” OR “Cuidado Paliativo a Doentes Terminais” OR “Cuidados Paliativos al Final de la Vida” OR “Hospice Programs” OR “Bereavement Care” OR “Terminal Care” OR “Assistência Terminal” OR “Cuidado Terminal” OR “Assistência na Terminalidade da Vida” OR “Cuidados de Fim de Vida” OR “End of Life Care” OR “Hospices” OR “Hospitais para Doentes Terminais” OR “Hospitales para Enfermos Terminales”) AND (db:"BDENF")	
Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD)	(autoeficácia) AND (enfermagem OR enfermeiro) AND ("cuidados paliativos" OR "cuidados terminais")	05
Catálogo de Tesis y Disertaciones de la CAPES	Autoeficácia AND enfermagem AND "cuidados paliativos"	03

Fuente: Elaborado por los autores, 2025.

La cuestión de investigación guió la definición de los criterios de elegibilidad, basados en el acrónimo PCC (Población, Concepto y Contexto), presentados a continuación en el Cuadro 2.

Cuadro 2: Criterios de inclusión y exclusión basados en el acrónimo PCC. João Pessoa/PB, Brasil, 2025.

Mnemotécnico	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Población	Estudios originales que incluyen enfermeros, de ambos sexos, que trabajan en la atención a pacientes en cuidados paliativos, en cualquiera de los tres niveles de atención a la salud.	Estudios que involucren a estudiantes de enfermería, cuidadores, otros miembros del equipo de salud u otros profesionales.
Concepto	Investigación sobre la autoeficacia de los enfermeros en la atención a pacientes en cuidados paliativos, entendida como la percepción de confianza o creencia en la propia capacidad para brindar esos cuidados.	Estudios que aborden exclusivamente el conocimiento, desempeño o indicadores de calidad, así como aquellos enfocados en el desarrollo. Validación, traducción o adaptación de instrumentos. Que traten sobre la autoeficacia en contextos no relacionados con los cuidados paliativos.
Contexto	Estudios que exploren cuidados paliativos a pacientes en final de vida, realizados en contextos clínicos (atención primaria, secundaria o terciaria), en diferentes países o sistemas de salud.	Estudios desarrollados en ambientes no clínicos, como escuelas, universidades, laboratorios o simulaciones.

Fuente: Elaborado por los autores, 2025.

Además, se incluyeron estudios publicados en revistas científicas en los últimos diez años, disponibles en su totalidad en formato electrónico, en los idiomas portugués, inglés y español, con cualquier diseño metodológico y provenientes de diferentes países, siempre que abordaran la cuestión de investigación. El recorte temporal se justifica por el carácter reciente de la producción científica sobre autoeficacia en CP, considerando que la primera escala específica fue publicada en 2011[12] y que los estudios enfocados en enfermeros son aún más recientes. También se incluyeron disertaciones y tesis. Se excluyeron editoriales, reseñas, cartas al editor, notas, anales de congresos, revisiones, estudios de caso, capítulos de libros y trabajos de conclusión de curso de grado.

La etapa de extracción de datos fue conducida de forma independiente por dos revisores, en mayo de 2025, con resolución de conflictos a través de un tercer investigador. Para ayudar en la gestión de las referencias y promover una mayor organización y control durante el proceso, se utilizó Rayyan®. Inicialmente, se eliminaron los duplicados, seguidos de la selección de títulos y resúmenes según los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos. La lectura de los textos completos permitió la definición final de la muestra[13].

Todo el proceso de selección fue documentado sistemáticamente, asegurando la trazabilidad de las decisiones tomadas, conforme a lo que indica el modelo PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*), adaptado a las recomendaciones del Instituto Joanna Briggs[10,14].

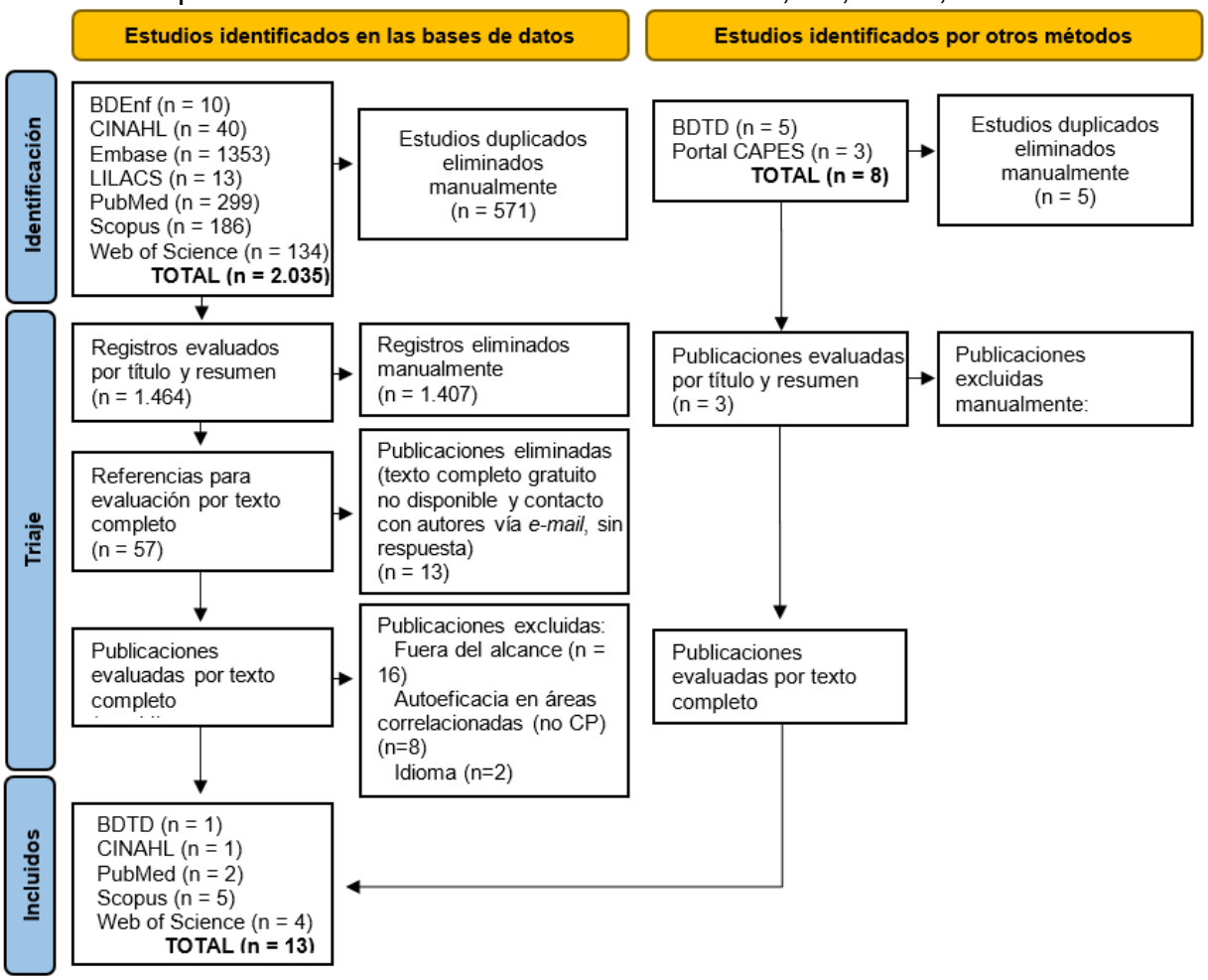
La información extraída de los estudios incluidos fue organizada en un formulario estructurado, elaborado previamente por los autores. Este instrumento contempló los siguientes datos: identificación de la publicación (título, autores, año, país, revista, base de datos, idioma, tipo de publicación), objetivos del estudio, diseño metodológico, perfil de los participantes, instrumentos utilizados para la evaluación de la autoeficacia y principales hallazgos.

Para garantizar la consistencia y relevancia del formulario, se realizó una prueba piloto que permitió los ajustes necesarios, contribuyendo a la uniformidad de la recolección de datos. Los resultados fueron presentados a través de representaciones gráficas y una narrativa descriptiva. El proceso de revisión se concluyó en julio de 2025.

RESULTADOS

La búsqueda inicial identificó 2.043 registros. Tras la eliminación de 576 duplicados y la selección de títulos y resúmenes, lo que llevó a la exclusión de 1.409 estudios que no se ajustaron a los criterios previamente definidos, 58 artículos fueron seleccionados para lectura completa. De estos, 13 no pudieron ser evaluados completamente por estar inaccesibles de forma gratuita. Los autores de los estudios fueron contactados por correo electrónico, pero no hubo respuesta hasta la conclusión del manuscrito. Otros estudios fueron excluidos por las siguientes razones: fuera del alcance (n=16); abordaban la autoeficacia en contextos distintos del enfoque principal (n=8); presentaban el resumen en un idioma diferente al del texto completo y fueron considerados no elegibles (n=2); o eran resúmenes de actas de eventos (n=6). Al final del proceso, 13 estudios fueron considerados compatibles con el objetivo de la revisión y compusieron la muestra final. El diagrama de flujo del proceso de selección, conforme a las directrices PRISMA-ScR, se presenta en la Figura 1.

Figura 1: Diagrama de flujo PRISMA-ScR® del proceso de búsqueda y selección de publicaciones en la literatura. João Pessoa, PB, Brasil, 2025.

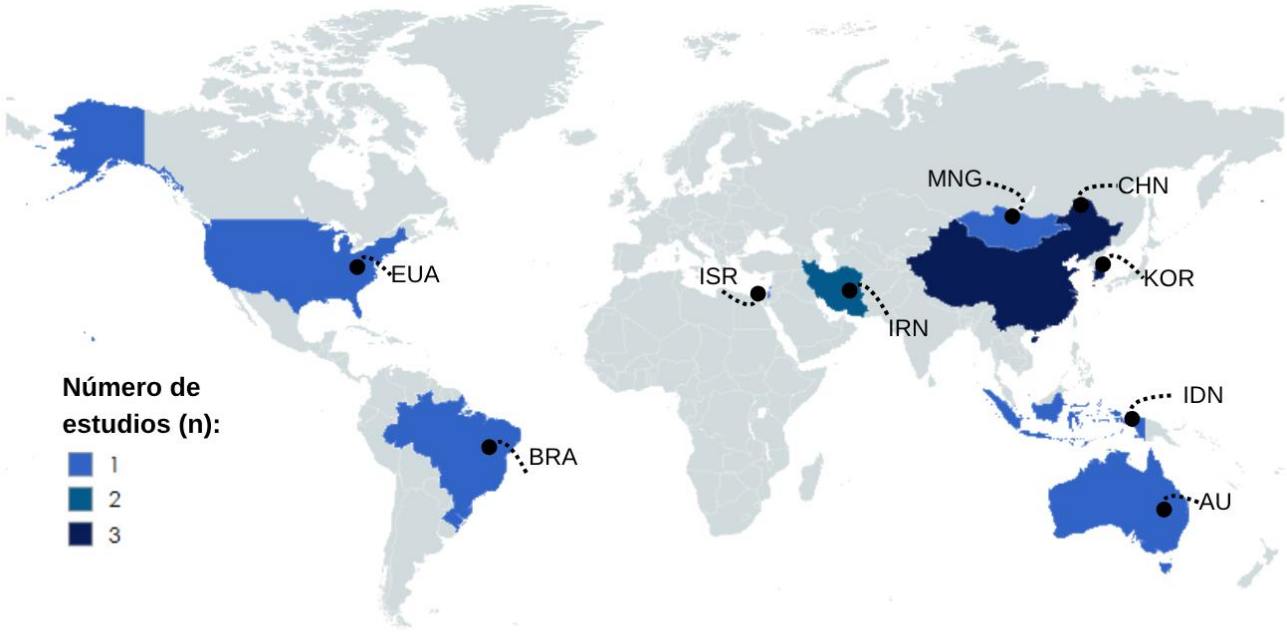


Fuente: Adaptado[14] y elaborado por los autores, 2025.

Las publicaciones seleccionadas datan de 2019 a 2025, con la siguiente distribución por año: 2025 (n=1)[15], 2024 (n=1)[16], 2023 (n=1)[17], 2022 (n=2)[18,19], 2021 (n=3)[20–22], 2020 (n=3)[23–25] y 2019 (n=2)[26,27]. Los estudios fueron identificados en las siguientes fuentes de literatura: *Red de Ciencia*[18,20,21,24], Scopus[16,17,19,22,26], PubMed[15,23], CINAHL[25] y literatura gris (BDTD)[27]. La composición final incluyó 12 artículos científicos y una tesis de doctorado[27]. En cuanto al idioma, 12 documentos fueron publicados en inglés y uno en portugués[27].

Los 13 estudios incluidos en la revisión se llevaron a cabo en nueve países, lo que refleja la amplitud global de la preocupación por la autoeficacia de los enfermeros en la asistencia en CP. Corea del Sur concentró tres[17, 18, 20], seguida de China[19, 22] e Irán[16, 24], con dos cada uno; un estudio multinacional se realizó simultáneamente en Australia y China[21]. La figura 2 presenta un mapa temático en formato coroplético, que ilustra la distribución geográfica proporcional de los estudios incluidos, de acuerdo con los países donde fueron realizados.

Figura 2: Mapa temático de la distribución geográfica de los artículos. João Pessoa, PB, Brasil, 2025.



Leyenda:

AU: Australia	IDN: Indonesia	KOR: Corea del Sur
BRA: Brasil	IRN: Irán	MNG: Mongolia
CHN: China	ISR: Israel	EUA: Estados Unidos

Nota: Australia y China[21]; Brasil[27]; China[19,22]; Corea del Sur[17,18,20]; EE. UU.[15]; Indonesia[26]; Irán[16,24]; Israel[25]; Mongolia[23].
Fuente: Elaborado por los autores, 2025.

De los estudios incluidos en la revisión, se observó una predominancia del diseño transversal (n=11), mientras que dos estudios adoptaron un diseño cuasi-experimental, utilizando estrategias de preprueba y postprueba para evaluar intervenciones educativas, con el uso de materiales como aplicaciones y manuales educativos[20] o *workshop*[24]. Hubo estudios multicéntricos[15–17,21] – involucrando dos o más hospitales, incluso hasta cinco instituciones metropolitanas –, aunque predominó el estudio unicéntrico[18–20,22–27]. En lo que respecta al enfoque metodológico, 12 publicaciones utilizaron un enfoque cuantitativo y una utilizó un enfoque mixto[27], organizando el *corpus* de datos mediante el *software* WebQda y llevando a cabo el análisis a la luz de la Teoría del Confort de Katherine Kolcaba.

El Cuadro 3 reúne los objetivos, el perfil sociodemográfico y profesional de los participantes y la síntesis de los principales hallazgos de los estudios, con énfasis en los instrumentos de recolección de datos enfocados en las escalas de evaluación de la autoeficacia en cuidados paliativos.

Cuadro 3: Síntesis de los estudios incluidos en la revisión de alcance. João Pessoa, PB, Brasil, 2025 (n=13)

Autores, año	Objetivo	Caracterización de la muestra (predominio) / Escalas utilizadas para medir la autoeficacia	Principales Resultados
Kotula et al, 2025[15]	Examinar los factores que influyen en la frecuencia de las prácticas de cuidados paliativos (CP*) autorreportadas por enfermeros en el entorno de cuidados agudos.	Mujeres (84,3%); Rango de edad de 36-45 (28%); Formación en CP* en la licenciatura (51,1%); Atendieron a pacientes terminales (61,5%). **Escala:** *Palliative Care Self-Reported Practices* – versión en inglés (Piloto de validación no publicado)	La autoeficacia fue evaluada como predictor de las prácticas de CP*; Las variables demográficas (sexo, edad, autoeficacia y actitudes frente al cuidado de pacientes terminales) influyeron significativamente en la frecuenciaa de las prácticas de CP autoinformadas.
Fadaei et al, 2024[16]	Comparar el conocimiento y la autoeficacia en CP* entre enfermeros de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI†) y de unidades generales en hospitales universitarios afiliados a la Universidad de Ciencias Médicas de Kerman.	Mujeres (84% y 74%); Promedio de edad: 33,02 (±6,36) años - UCI† y 31,55 (±6,35) años - unid. generales; Sin formación en CP* (66,7% y 83,3%). **Escala:** *Palliative Care Self-Efficacy* – versión persa (Dehghani et al, 2020)	No hubo diferencia significativa entre enfermeros de UCI† y de unidades generales en cuanto a la autoeficacia en CP*; La autoeficacia fue considerada baja en ambos grupos (UCI: 28,01 ± 10,29; unidades generales: 27,98 ± 10,33); La autoeficacia fue influenciada por factores como la edad, entrenamientos y conocimiento previo en CP*.
Kim et al, 2023[17]	Investigar el efecto moderador de las actitudes frente a las Directrices Anticipadas de Voluntad en la relación entre conocimiento y autoeficacia en CP* entre enfermeros coreanos.	Mujeres (90,8%); Promedio de edad 30,3 (±6,1) años; Sin formación en CP* (67,7%); Experiencia con asistencia en CP* (63,5%); Trabajaban en CP (15,6%). **Escala:** *Self-Efficacy in Palliative Care* – versión coreana (Heo et al., 2022)	Enfermeros más jóvenes, solteros y con menor escolaridad presentaron menor autoeficacia en CP*; Conocimiento en CP* ($p<0,05$) y actitudes positivas ($p<0,001$) se correlacionaron significativamente con mayor autoeficacia.
Choi et al, 2022[18]	Analizar la relación entre el estrés en el cuidado de	Edad entre 25-34 años (68,5%); Hasta 10 años de experiencia (72,6%); Enfermeros	La autoeficacia de los enfermeros tuvo un promedio de 29,83;

Autores, año	Objetivo	Caracterización de la muestra (predominio) / Escalas utilizadas para medir la autoeficacia	Principales Resultados
	fin de vida, la ansiedad frente a la muerte y la autoeficacia entre enfermeros clínicos surcoreanos.	generalistas (95,2%); Formación en CP* (35,5%). **Escala:** *Specific Self-Efficacy, adaptada del Bonner Palliativwissenstest* (BPW‡) para enfermeros de cuidados de larga duración (Lee, 2019).	Hubo diferencia en la autoeficacia entre enfermeros asistenciales (promedio 29,72) y administrativos (promedio 32,17).
Lin et al, 2022[19]	Analizar la autoeficacia de los enfermeros para lidiar con la muerte de pacientes e identificar sus factores de influencia.	Mujeres (99,5%); Edad promedio: 32,4 (±7,1) años; Mayoría (73,1%) ≥10 años de experiencia clínica; Sin curso de CP* (38,5%). **Escala:** *Death-coping self-efficacy scale* - versión taiwanesa (Chang, Cheng, Wang, 2006)	Los factores de influencia (formación educativa, cursos en CP*, actitudes y experiencia para lidiar con la muerte) fueron evaluados como variables predictoras, que interfirieron en las puntuaciones de la escala en relación al CP* y la autoeficacia para lidiar con la muerte (resultado);
Yang, Shin, 2021[20]	Desarrollar y evaluar un programa móvil de CP* para enfermeros de UCI†, analizando sus efectos sobre el conocimiento, la autoeficacia y la compasión.	Mujeres (79,1%); Edad promedio: 26,14 años; Formación en CP* (25,6%). **Escala:** *Korean self-efficacy* (Yang, 1999)	En la preprueba, no hubo diferencias significativas entre los grupos de control y experimental en cuanto al conocimiento, autoeficacia y compasión en los cuidados de fin de vida. Después de la intervención, el grupo experimental mostró una mejora significativa em la autoeficacia y en la compasión en los cuidados de fin de vida.
Zheng et al, 2021[21]	Investigar la percepción de enfermeros recién graduados chinos sobre su capacidad para lidiar con la muerte y su relación con la autoeficacia y la ansiedad ante la muerte	Mujeres (89,3%); Edad media: 22,7 años; Experiencia profesional: 4,5 meses; Sin entrenamiento en CP* (86,6%); Presenciaron la muerte de un paciente (75,8%). **Escala:** *Death Self-efficacy Scale* (Robbins, 1991)	La media de autoeficacia frente a la muerte fue de 259,1; La autoeficacia frente a la muerte se correlacionó positivamente con el afrontamiento (r = 0,61) y negativamente con la ansiedad (r = -0,21).

Autores, año	Objetivo	Caracterización de la muestra (predominio) / Escalas utilizadas para medir la autoeficacia	Principales Resultados
Liu et al, 2021[22]	Comprender las actitudes de los enfermeros clínicos de primera línea sobre CP* durante la COVID-19, con el objetivo de subsidiar acciones de educación y entrenamiento hospitalario.	Mujeres (98,66%); Edad entre 18 y 35 años (21,48%); Graduadass (95,97%); Enfermera senior (68,64%). **Escala:** Escala General de Autoeficacia (Scholz et al., 2002)	Hubo una correlación positiva entre actitudes en CP* (102), empatía (95) y autoeficacia (2,80); Los principales factores que influyeron en actitudes positivas hacia los CP* fueron: edad, conocimiento sobre el tema, empatía y autoeficacia.
Kim, Kim, Gelegjamts, 2020[23]	Investigar el conocimiento, las actitudes, la autoeficacia y sus predictores en cuidado de fin de vida entre enfermeros mongoles.	Mujeres (98,6%); Edad media: 37,5 años; Media - años de experiencia en enfermería (10,5); Curso de enfermería paliativa (16,3%); Educación complementaria en CP* (63,6%); Experiencia directa en cuidados de fin de vida (87,9%). **Escala:** *Palliative Care Self-Efficacy* – versión en mongol (Piloto de validación no publicado)	La mediana del conocimiento de los enfermeros fue 8; Los enfermeros presentaron actitudes positivas hacia el cuidado al final de la vida (77,2%); La media de autoeficacia fue 33,8/48, sin diferencias significativas por características sociodemográficas.
Dehghani et al, 2020[24]	Evaluar el impacto de los CP* en la autoeficacia percibida por los enfermeros.	Mujeres (85%); Edad promedio: 38,6 años; Promedio de años de experiencia profesional (14,25). **Escala:** *Perceived Palliative Care Self-efficacy Questionnaire* – versión persa (Dehghani et al., 2020)	No hubo diferencia significativa en la autoeficacia entre enfermeros de UCI† y de unidades generales (28,01 ± 10,29 y 27,98 ± 10,33, respectivamente; p = 0,98); El conocimiento fue influenciado por la experiencia con pacientes terminales, el lugar de trabajo y el tiempo de ejercicio (9,2% de la varianza); La autoeficacia fue predicha por la edad, capacitaciones y conocimiento (21% de la varianza).
Scheinberg-Andrews,	Describir y comparar el conocimiento, actitudes, comportamientos y	Mujeres (91,26%); Practican una religión (93,65%); Edad promedio: 48 años (oncología) / 50 años (UCI†); Experiencia profesional: 12 y	Enfermeros con curso y experiencia personal en CP*, presentaron mayor autopercepción del conocimiento en cuidados de final de vida;

Autores, año	Objetivo	Caracterización de la muestra (predominio) / Escalas utilizadas para medir la autoeficacia	Principales Resultados
Ganz, 2020[25]	prácticas autopercebidas sobre el final de la vida entre enfermeros de UCI† y de oncología.	18 años, respectivamente; Curso en CP*: 56% y 17%; Experiencia personal con CP*: 58% y 23%. **Escala:** *End-of-Life Care - Intensive Care Unit* (EOL-ICU§) por Montagnini et al. (2012) Adaptada para el contexto de la oncología (por los autores).	Niveles de conocimiento, actitudes y autopercepción fueron moderados entre los grupos; El grado de religiosidad influyó en la aceptación de la muerte.
Kurnia, Trisvani, Prawesti, 2019[26]	Analizar la relación entre percepciones y autoeficacia de enfermeros en la implementación de CP* en UCI†.	Mujeres (73,2%); Edad entre 26-45 años (86,6%); Sin curso en CP* (75,6%). **Escala:** *Palliative Care Nursing Self-competence* (Desbiens, Gagnon, Fillion, 2012)	Cerca del 56,7% reportaron alta autoeficacia en CP*, pero el 52% tenían percepción negativa de su competencia; Correlación significativa entre percepción y autoeficacia (valor de p = 0,000), indicó necesidad de capacitaciones.
Spineli, 2019[27]	Adaptar transculturalmente y validar el instrumento BPW‡ para el contexto brasileño, evaluando conocimiento y autoeficacia de enfermeros de Atención Primaria (AP¶) en CP*, además de explorar experiencias e identificar necesidades de educación continua.	Mujeres (92,7%); Edad promedio: 35,5 años; Predominantemente católica (77,5%); Atendieron pacientes en CP* (74,4%); Con capacitación en CP* (5,5%). **Escala:** *Bonn Palliative Care Knowledge Test* (BPW‡) – versión adaptada culturalmente para el contexto brasileño	Correlación entre conocimiento y autoeficacia (utilizando el BPW) es de baja magnitud (± 1% de varianza), negativa e inversamente proporcional ($r = -0,10$; $p<0,05$) → cuanto menor el conocimiento, mayor la autoeficacia (sugiriendo sobreestimación); Correlación entre "formación en CP*" (variable socioprofesional) y autoeficacia (BPW) presentó un resultado diferente → enfermeros con formación en CP* presentaron mayor autoeficacia; El análisis cualitativo indicó que el conocimiento limitado dificulta la práctica adecuada de CP* en AP¶.

Nota: CP*: cuidados paliativos; UCI†: Unidad de Cuidados Intensivos; BPW‡: *Bonn Palliative Care Knowledge Test*; EOL-ICU§: Escala - *End-of-Life Care - Intensive Care Unit*; AP¶: Atención Primaria.
Fuente: Elaborado por los autores, 2025.

Los estudios analizados evidencian que la autoeficacia en CP está influida de manera significativa por múltiples factores, distribuidos en cinco categorías principales: personales, profesionales, educativas, contextuales y actitudinales. La Figura 3 presenta una síntesis visual de estas categorías.

Figura 3: Factores que influyen en la autoeficacia en cuidados paliativos.



Fuente: Elaborado por los autores, 2025.

Los factores educativos fueron los más prevalentes, presentes en diez de los 13 estudios[16-20, 22-25, 27], sobre todo el conocimiento previo y la formación específica en CP. Los factores actitudinales aparecieron en nueve publicaciones[15, 17, 19–23, 25–26] y reunieron la empatía, afrontamiento de la muerte, actitudes frente a las directivas anticipadas, percepción de competencia, ansiedad, estrés, religiosidad y aceptación del proceso de morir.

Los factores personales, citados en seis estudios[15-18, 22, 24], se limitaron a la edad y al sexo, con influencia sobre la autopercepción y la disposición para el cuidado al final de la vida, aunque en menor medida. Los contextuales, en cuatro[16, 18, 19, 24], se refirieron al ambiente de trabajo, al acceso a capacitaciones, al apoyo institucional y a la posibilidad de participar en cursos sobre CP; la ausencia de políticas de apoyo y la sobrecarga de trabajo fueron las barreras registradas.

Por último, los factores profesionales fueron descritos en un único estudio[25] e incluyeron variables relacionadas con la experiencia previa con pacientes en CP, el tiempo de actuación, el área de trabajo (UCI, sala de hospitalización, atención primaria), el cargo ocupado (asistencial o administrativo) y la carga horaria. Tales elementos influyen en el nivel de seguridad y de confianza en la ejecución de las prácticas paliativas, especialmente en el manejo de situaciones complejas.

DISCUSIÓN

El creciente reconocimiento de la importancia de los CP acompaña las transformaciones demográficas, especialmente el envejecimiento poblacional y el avance de las enfermedades crónicas, que demandan enfoques asistenciales más complejos y humanizados. Los 13 estudios provienen de nueve países y de sistemas

sanitarios muy distintos, lo que sugiere que la percepción de autoeficacia también se construye bajo la influencia de factores culturales y organizativos locales (28).

La predominancia de estudios asiáticos puede estar relacionada con el envejecimiento acelerado de la población y la mayor incidencia de enfermedades crónicas. En China, se estima que la población mayor de 65 años alcance los 400 millones de personas para 2050, y la producción sobre el tema en ese escenario todavía es escasa, lo que hace esencial evaluar el comportamiento de los enfermeros en la asistencia en CP, dada su relevancia en este proceso(5).

Doce de los 13 documentos fueron publicados en inglés y uno en portugués[27], proporción coherente con el papel de ese idioma como principal vehículo de divulgación científica, que favorece la difusión del conocimiento y la colaboración internacional[29]. Sin embargo, las investigaciones sobre la autoeficacia de otros profesionales de la salud en el contexto de los CP se han llevado a cabo en diferentes idiomas y países. Un estudio realizado en Argentina analizó habilidades y distinciones en la percepción de autoeficacia entre profesionales médicos y no médicos[30], y también hay investigaciones dirigidas a la evaluación de la autoeficacia de estudiantes de enfermería y de otros profesionales del área de la salud en contextos de lengua portuguesa, en países lusófonos como Brasil y Portugal (9,31).

Metodológicamente, los estudios incluidos fueron mayoritariamente transversales, de carácter descriptivo y correlacional. Aunque son útiles para mapear percepciones y factores asociados, tales diseños limitan el análisis de la evolución de la autoeficacia a lo largo del tiempo y la evaluación del impacto de intervenciones. La escasez de estudios cualitativos o mixtos evidencia la necesidad de profundizar en dimensiones subjetivas y contextuales.

Se identificaron 13 instrumentos distintos para evaluar la autoeficacia. Excepto por la Palliative Care Nursing Self-Competence[32], que categoriza puntajes – donde percepciones positivas indican alta autoeficacia y percepciones negativas, baja autoeficacia –, los demás utilizan escalas del tipo Likert, generalmente de 1 a 10 puntos, siendo los puntajes más altos asociados a mayor autoeficacia.

La confiabilidad de los instrumentos varió entre 0,704 y 0,965, evidenciada en las versiones persa del Perceived Palliative Care Self-Efficacy Questionnaire[24] y coreana de la Self-Efficacy in Palliative Care Scale[17]. Estudios recientes validaron escalas similares y adoptaron instrumentos semejantes, con coeficientes alfa de Cronbach comparables[9,33], lo que evidencia una tendencia global en los análisis descriptivos orientados a la comprensión de la autoeficacia.

El estudio de la autoeficacia en CP exige una reflexión profunda sobre la práctica profesional y sus influencias socioculturales. La autoeficacia es un concepto dinámico que involucra motivación, organización de recursos cognitivos y manejo de situaciones específicas, siendo construida no solo por habilidades individuales, sino también a través del aprendizaje vicario, del aprendizaje observacional y de la persuasión social, factores fuertemente influenciados por el contexto profesional[34].

Los relatos autorreferidos son esenciales para investigar este constructo, ya que demuestran la interacción entre factores personales y sistémicos[15,25]. Factores personales como la edad influyen en la autoeficacia: los profesionales más jóvenes y recién graduados tienden a presentar niveles más bajos. Un estudio corroboró los

hallazgos de uno de los artículos incluidos en la revisión[21] al reportar un puntaje promedio de 36,7 (±8,4) en una escala de Autoeficacia en Cuidados Paliativos de 48 puntos entre nuevos enfermeros[35]. Este dato sugiere que los profesionales al inicio de su carrera pueden sentirse menos confiados en sus habilidades para manejar situaciones de terminalidad, evidenciando una posible brecha en la formación y en la preparación para actuar en este contexto.

En el contexto profesional, el tiempo de experiencia, el área de actuación y el contacto con pacientes en fase terminal se correlacionan con un mayor conocimiento y autoeficacia, conforme a lo propuesto por Bandura[34]. La formación específica en CP – a través de cursos de posgrado o educación continua – se muestra esencial, aunque hay indicios de disociación entre el conocimiento formal y la autoeficacia percibida[27]. En un estudio reciente, el 60% de las enfermeras se declararon aptas para actuar en CP, pero presentaron importantes brechas en el conocimiento, evidenciando la necesidad de una formación más sólida y alineada a las exigencias de la práctica clínica[36].

Dos de las intervenciones incluidas probaron recursos digitales y metodologías activas: una aplicación con manual educativo[20] y un workshop[24] permitieron el desarrollo de competencias prácticas y emocionales. Un resultado semejante se obtuvo en un estudio cuasi-experimental, con un programa educativo en línea, en el que la puntuación mediana en la Escala de Autoeficacia en Cuidados Paliativos aumentó de 38 a 43,5 ($p < 0,001$; $r = -0,76$)[6].

El déficit formativo en CP no es exclusivo de la enfermería. Entre estudiantes de medicina de Brasil, la media de concordancia en un cuestionario de autoeficacia fue del 64,75%, incluso después de la formación teórica durante la carrera[37], y los médicos, aun con experiencia, refieren un conocimiento incipiente y dificultades para ofrecer un cuidado integral[38]. Incluir los CP en los currículos sin práctica supervisada resulta insuficiente para desarrollar actitudes seguras en el cuidado al final de la vida[39].

Un estudio de regresión múltiple encontró una correlación positiva entre la autoeficacia y el tipo de unidad clínica de trabajo, lo que sugiere que la exposición a situaciones de terminalidad fortalece la autoconfianza de los enfermeros[35]. En los estudios incluidos, el escenario de actuación (UCI, sala de hospitalización, atención primaria) tuvo un efecto variable, menor que el de la preparación individual.

Los aspectos actitudinales y psicosociales, como la empatía, la religiosidad, la resiliencia y la atención plena, fueron identificados como importantes predictores positivos de autoeficacia. Los eventos de estrés extremo, en cambio, como la pandemia de Covid-19, impactaron negativamente estos atributos[22]. Un estudio reveló una reducción del 34% en la empatía de los enfermeros de UCI, asociada a la sobrecarga emocional y a los dilemas éticos vividos durante la crisis sanitaria[40].

La interacción entre conocimientos y actitudes ejerció un efecto moderador en la percepción de la autoeficacia. En un estudio con 1.829 enfermeros, la escolaridad, la convivencia con ancianos y la capacitación específica influyeron en las actitudes y, en consecuencia, en la autoeficacia de estos profesionales. Aun así, el 72,5% de los participantes reportaron inseguridad o reticencia para actuar en el área[41].

Las cinco categorías identificadas se corresponden con los tres ejes de la Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura[34]: los factores personales y actitudinales, relacionados

con las características individuales y los estados emocionales; los educativos y profesionales, relacionados con las experiencias de dominio y la adquisición de conocimientos; y los contextuales, relacionados con las condiciones organizacionales y ambientales. Esta integración conceptual amplía la comprensión de la autoeficacia en CP al evidenciar que su construcción no depende solo del conocimiento formal, sino también de una interacción multifactorial y dinámica.

Esta revisión tiene limitaciones. Se observó escasez de estudios de diseño experimental, cuasi-experimental y longitudinal, y solo dos probaron intervenciones, lo que impide analizar la evolución de la autoeficacia y el impacto de las intervenciones a lo largo del tiempo. Tampoco se identificaron estudios multinacionales además del realizado en Australia y China[21]. La predominancia de contextos hospitalarios restringe la comprensión del fenómeno en la atención primaria y en el cuidado domiciliario, donde la demanda paliativa también está presente.

Los 13 instrumentos encontrados no siempre presentaban una validación rigurosa o la publicación del proceso de adaptación cultural, lo que compromete la comparación entre los estudios. Se destaca la necesidad de consolidar instrumentos consistentes y ampliamente aceptados. El recorte temporal de diez años pudo haber reducido el número de publicaciones incluidas. Sin embargo, esta elección se justifica por la producción científica reciente sobre el tema, especialmente en estudios con enfermeros.

Los hallazgos apuntan a la necesidad de estrategias educativas, como programas de capacitación, que combinen conocimiento técnico, desarrollo de actitudes, habilidades de comunicación y competencias emocionales. Futuras investigaciones también deben contemplar factores organizacionales, como la carga de trabajo, las políticas institucionales y el apoyo del equipo, que influyen en la práctica profesional y fueron poco abordados en los estudios incluidos.

CONCLUSIONES

La autoeficacia de los enfermeros en la prestación de CP viene siendo evaluada con instrumentos numerosos y poco convergentes: 13 escalas distintas en 13 estudios, la mayor parte transversales y concentrados en países asiáticos. Los factores asociados se distribuyen en cinco categorías, con predominio de los educativos. Identificarlos permite dirigir tanto las estrategias de formación como las decisiones institucionales sobre la organización del trabajo.

El mapa muestra también dónde no ha llegado la producción. Ningún estudio longitudinal; solo dos con intervención; ninguno fuera del contexto hospitalario; y uno solo en un idioma distinto del inglés. A ello se suma la dispersión de los instrumentos: sin validación rigurosa y sin procesos de adaptación cultural publicados, los resultados no se comparan entre sí. Estos son los frentes abiertos para la investigación en enfermería.

Para la enseñanza de enfermería, la consecuencia es directa: la formación en CP necesita incluir metodologías activas, como la práctica supervisada, la simulación clínica y experiencias integradas a la educación multiprofesional, que promuevan la reflexión crítica y sostengan la confianza del enfermero para cuidar de pacientes al final de la vida.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Palliative care. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2025 June 30]. Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care
2. Rodrigues LF, Silva JFM, Cabrera M. Cuidados paliativos: percurso na atenção básica no Brasil. Cad Saúde Pública. 2022 [cited 2025 June 30];38:e00130222. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT130222
3. Lacerda FH, Barbosa LC. Cuidados paliativos no Brasil e no mundo. In: D'Alessandro MPS, Manual de cuidados paliativos. 2nd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [cited 2025 June 20]. p. 25–30. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2023/manual-de-cuidados-paliativos-2a-edicao/view
4. Ayala ALM, Santana CH, Landmann SG. Palliative care: knowledge of nursing team. Semin Cienc Biol Saude. 2021 [cited 2025 June 20];42(2):155–66. DOI: https://doi.org/10.5433/1679-0367.2021v42n2p155
5. Xu Y, Zhang S, Wang J, et al. Nurses' practices and their influencing factors in palliative care. Front Public Health. 2023 [cited 2025 July 30];11:1117923. DOI: https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1117923
6. DeFusco C, Lewis A, Cohn T. Improving critical care nurses' perceived self-efficacy in providing palliative care: a quasi-experimental study. Am J Hosp Palliat Care. 2023 [cited 2025 July 30];40(2):117–21. DOI: https://doi.org/10.1177/10499091221094313
7. Pajares F, Olaz F. Teoria social cognitiva e autoeficácia: uma visão geral. In: Teoria social cognitiva: conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 97–114.
8. Guo J, Chen Y, Shen B, Peng W, Wang L, Dai Y. Translation and validation of the Chinese version of Palliative Care Self-Efficacy Scale. Palliat Support Care. 2024 [cited 2025 July 25];22(6):1919–25. DOI: https://doi.org/10.1017/S1478951524000518
9. Minosso JSM, Martins MMFPS, Oliveira MA de C. Cuidados paliativos na formação inicial em enfermagem: um estudo de métodos mistos. Rev Enferm Referência. 2022 [cited 2025 June 30];6(1):e21060. DOI: https://doi.org/10.12707/RV21060
10. Peters MD, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Chapter 11: Scoping reviews. In: Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editors. JBI manual for evidence synthesis. Adelaide: JBI; 2024 [cited 2025 June 10]. DOI: https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-09
11. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. Int J Soc Res Methodol. 2005 [cited 2025 June 10];8(1):19–32. DOI: https://doi.org/10.1080/1364557032000119616
12. Pfister D, Müller M, Müller S, Kern M, Rolke R, Radbruch L, et al. Validierung des Bonner Palliativwissenstests (BPW). Schmerz. 2011 [cited 2025 June 30];25(6):643–53. DOI: https://doi.org/10.1007/s00482-011-1111-7
13. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—A web and mobile app for systematic reviews. Syst Rev. 2016 [cited 2025 June 10];5(1):210. DOI: https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4
14. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. Ann Intern Med. 2018 [cited 2025 June 10];169(7):467–73. DOI: https://doi.org/10.7326/M18-0850
15. Kotula K, Dingley C, Feng D, Candela L, Lippe MP. Factors influencing the self-reported palliative care practices of acute care nurses. West J Nurs Res. 2025 [cited 2025 May 16];47(4):221–30. DOI: https://doi.org/10.1177/01939459251314699

16. Fadaei S, Azizzadeh Forouzi M, Miyashita M, Faleh AJ, Dehghan M. Palliative care knowledge and self-efficacy: a comparative study between intensive care units and general units nurses. BMC Palliat Care. 2024 [cited 2025 May 16];23(1):246. DOI: https://doi.org/10.1186/s12904-024-01580-7
17. Kim J, Heo S, Yang J, et al. The moderating effect of attitudes in the relationship between knowledge and self-efficacy in palliative care among nurses: a cross-sectional, correlational study. PLoS One. 2023 [cited 2025 May 14];18(10):e0292135. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0292135
18. Choi J, Gu M, Oh S, Sok S. Relationship between end-of-life care stress, death anxiety, and self-efficacy of clinical nurses in South Korea. Int J Environ Res Public Health. 2022 [cited 2025 May 13];19(3):1082. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph19031082
19. Lin X, Li X, Bai Y, Liu Q, Xiang W. Death-coping self-efficacy and its influencing factors among Chinese nurses: a cross-sectional study. PLoS One. 2022 [cited 2025 May 13];17(9):e0274540. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274540
20. Yang JH, Shin G. End-of-life care mobile app for intensive-care unit nurses: a quasi-experimental study. Int J Environ Res Public Health. 2021 [cited 2025 May 13];18(3):1253. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph18031253
21. Zheng R, Bloomer MJ, Guo Q, Lee SF. New graduate nurses' coping with death and the relationship with death self-efficacy and death anxiety: a multicentre cross-sectional study. J Adv Nurs. 2021 [cited 2025 May 16];77(2):795–804. DOI: https://doi.org/10.1111/jan.14621
22. Liu Q, Tao J, Gao L, et al. Attitudes of front-line nurses toward hospice care during the COVID-19 pandemic. Am J Hosp Palliat Care. 2021 [cited 2025 May 16];38(2):204–10. DOI: https://doi.org/10.1177/1049909120968533
23. Kim JS, Kim J, Gelegjamts D. Knowledge, attitude and self-efficacy towards palliative care among nurses in Mongolia: a cross-sectional descriptive study. PLoS One. 2020 [cited 2025 May 13];15(7):e0236390. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236390
24. Dehghani F, Barkhordari-Sharifabad M, Sedaghati-Kasbakhi M, Fallahzadeh H. Effect of palliative care training on perceived self-efficacy of the nurses. BMC Palliat Care. 2020 [cited 2025 May 13];19(1):63. DOI: https://doi.org/10.1186/s12904-020-00567-4
25. Scheinberg-Andrews C, Ganz F. Israeli nurses' palliative care knowledge, attitudes, behaviors, and practices. Oncol Nurs Forum. 2020 [cited 2025 May 13];47(2):213–21. DOI: https://doi.org/10.1188/20.ONF.213-221
26. Kurnia TA, Trisyani Y, Prawesti A. The relationship between nurses' perceptions and self-efficacy in implementing palliative care in the intensive care unit. Belitung Nurs J. 2019 [cited 2025 May 13];5(1):41–6. DOI: https://doi.org/10.33546/bnj.607
27. Spineli VMCD. Conhecimento e autoeficácia em cuidados paliativos dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde [thesis]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2019 [cited 2025 May 14]. DOI: https://doi.org/10.11606/T.7.2020.tde-11122019-165525
28. Paiva CF, Santos TCF, Costa LDMC, Almeida Filho AJD. Trajetória dos cuidados paliativos no mundo e no Brasil. In: Potencial interdisciplinar da enfermagem: histórias para refletir sobre o tempo presente. Brasília: Editora ABEn; 2022 [cited 2025 May 14]. p. 41–9. DOI: https://doi.org/10.51234/aben.22.e09.c04
29. Cintra PR, Silva MDPD, Furnival AC. Uso do inglês como estratégia de internacionalização da produção científica em Ciências Sociais Aplicadas: estudo de caso na SciELO Brasil. Em Questão. 2020 [cited 2025 June 13];26(1):17–41. DOI: https://doi.org/10.19132/1808-5245261.17-41

30. Tripodoro VA, Di Gennaro MS, Fila J, Veloso VI, Quiroga C, Martínez CL. Lessons learned from self-efficacy of healthcare professionals for advance care planning. Palliat Med Pract. 2023 [cited 2025 June 30]. DOI: https://doi.org/10.5603/PMPI.a2023.0024
31. Libardi EC, Luiz AB, Gutierrez BAO. Bonn Palliative Care Knowledge Test validity for primary health care professionals. Texto Contexto Enferm. 2024 [cited 2025 July 30];33:e20230408. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0408en
32. Desbiens JF, Fillion L. Development of the Palliative Care Nursing Self-competence Scale. J Hosp Palliat Nurs. 2011 [cited 2025 July 25];13(4):230–41. DOI: https://doi.org/10.1097/NJH.0b013e318213d300
33. Granat L, Andersson S, Åberg D, Hadziabdic E, Sandgren A. Evaluation of the Swedish Self-Efficacy in Palliative Care Scale and exploration of nurses' and physicians' self-efficacy in Swedish hospitals: a cross-sectional study. Scand J Caring Sci. 2024 [cited 2025 July 30];38(3):568–78. DOI: https://doi.org/10.1111/scs.13244
34. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: Worth Publishers; 1997.
35. Briese PM. Factors associated with new hospital nurses' self-efficacy in providing palliative end-of-life care [master's thesis]. Grand Forks (ND): University of North Dakota; 2022 [cited 2025 June 11]. Available from: https://commons.und.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=5328&context=theses
36. Souza YR, Pereira MMF, Santos RRQD, et al. Knowledge and practice of nurses about palliative care in hospitalization: cross-sectional study. Rev Enferm UFPE on line. 2023 [cited 2025 June 1];17(1). DOI: https://doi.org/10.5205/1981-8963.2023.253863
37. Oliveira R, Begnami A, Bueno Terzi Coelho C. Knowledge and self-efficiency in palliative care: are Brazilian medicine students prepared for it? Saúde Coletiva (Barueri). 2023 [cited 2025 June 10];13(87):12897–915. DOI: https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2023v13i87p12897-12915
38. Santos LLD, Bastos RA, Hummel C, et al. Undergraduate palliative care education in Brazil: a qualitative study on the challenges for clinical teachers. BMJ Open. 2025 [cited 2025 June 9];15:e086496. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-086496
39. Mendes PB, Pereira ADA, Barros IDC. Bioethics and palliative care in medical school: a curriculum proposal. Rev Bioét. 2021 [cited 2025 July 10];29(3):534–42. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-80422021293489
40. Raoofi N, Raoofi S, Jalali R, Abdi A, Salari N. The worldwide investigating nurses' attitudes towards do-not-resuscitate order: a review. Philos Ethics Humanit Med. 2021 [cited 2025 July 11];16(1):5. DOI: https://doi.org/10.1186/s13010-021-00103-z
41. Chen L, Li XH, Pan X, et al. Nurses' knowledge, attitudes, and willingness to practice hospice care: an analysis of influencing factors. PLoS One. 2022 [cited 2025 July 11];17(2):e0259647. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259647