

Avance online de artículo en prensa

Escala de autoeficacia en resucitación y primeros auxilios en población general: traducción, adaptación y validación de la *First Aid Self-Efficacy Scale*

Carmen Amalia López López^{1,2}, Manuel Pardo Ríos^{1,2}, Marina Sánchez Gómez¹, Daniel Guillén Martínez¹, Petronila Mireia Alcázar Artero^{1,2}, Ana Belén Ocampo Cervantes^{1,3}

INTRODUCCIÓN. La autoeficacia percibida en primeros auxilios es un factor determinante para la disposición a actuar en situaciones de emergencia, especialmente en población adolescente. El objetivo de este estudio fue traducir, adaptar al español y validar la *First Aid Self-Efficacy Scale* en un contexto escolar.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio multicéntrico de validación realizado en 18 centros de Educación Secundaria Obligatoria de la Región de Murcia, que incluyó a 387 estudiantes de 4º curso. Se llevó a cabo un proceso de traducción y retrotraducción siguiendo las directrices COSMIN. La escala se administró en dos momentos con un intervalo de cuatro semanas, junto con variables sociodemográficas y dos ítems actitudinales de la iniciativa *Kids Save Lives*.

RESULTADOS. La versión española de la escala mostró una consistencia interna elevada ($\alpha = 0,88$ en T1, $\alpha = 0,87$ en T2) y una fiabilidad test-retest adecuada (ICC = 0,84; IC 95 %: 0,81-0,87). Las correlaciones ítem-total corregidas oscilaron entre 0,54 y 0,64, apoyando la unidimensionalidad. La validez convergente se confirmó mediante correlaciones significativas con la confianza para iniciar resucitación cardiopulmonar ($r = 0,58$) y la disposición a actuar ($r = 0,51$).

CONCLUSIONES. La versión en castellano de la escala *First Aid Self-Efficacy Scale* es un instrumento fiable y válido para evaluar la autoeficacia en primeros auxilios en adolescentes, lo que facilita la investigación educativa y la planificación de programas formativos.

Palabras clave: Escala. Primeros auxilios. Autoeficacia. Adolescentes. Validación. Psicometría. Resucitación cardiopulmonar.

Self-Efficacy Scale in Resuscitation and First Aid in the general population: translation, spanish adaptation, and validation of the First Aid Self-Efficacy Scale

INTRODUCTION. Perceived self-efficacy in first aid is a key determinant of willingness to act in emergency situations, particularly among adolescents. The objective of this study was to translate, culturally adapt, and validate the *First Aid Self-Efficacy Scale* into Spanish within a school-based context.

MATERIALS AND METHODS. We conducted a multicenter validation study in 18 secondary education schools in the Region of Murcia, Spain, including 387 students in the 4th year of compulsory secondary education. A translation and back-translation process was conducted in full compliance with COSMIN guidelines. The scale was administered at 2 different timeframes separated by a 4-week interval, along with sociodemographic variables and 2 attitudinal items from the *Kids Save Lives* initiative.

RESULTS. The Spanish version of the scale demonstrated high internal consistency (Cronbach $\alpha = 0.88$ at T1; $\alpha = 0.87$ at T2) and adequate test-retest reliability (intraclass correlation coefficient [ICC], 0.84; 95 % CI, 0.81–0.87). Corrected item-total correlations ranged from 0.54 to 0.64, supporting unidimensionality. Convergent validity was confirmed through significant correlations with confidence in initiating cardiopulmonary resuscitation ($r = 0.58$) and willingness to act ($r = 0.51$).

CONCLUSIONS. The Spanish version of the scale is a reliable and valid instrument for assessing first aid self-efficacy in adolescents, facilitating educational research and the planning of training programs.

Keywords: Scale. First aid. Self-efficacy. Adolescents. Validation. Psychometrics. Cardiopulmonary resuscitation.

Introducción

El paro cardíaco extrahospitalario constituye una de las principales causas de mortalidad en el mundo, con tasas de incidencia que oscilan entre 67 y 170 por 100.000 habitan-

tes y una supervivencia global inferior al 20 %, especialmente en ausencia de intervención temprana por testigos^{1,2}. El inicio precoz de maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP) y la desfibrilación temprana representan factores de-

Filiación de los autores: ¹Grupo de Investigación de Nuevas Tecnologías para la Salud, UCAM Universidad Católica de Murcia, Murcia, España. ²Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 de Murcia, España. ³Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena, Murcia, España.

Correspondencia: Prof. Dr. Daniel Guillén Martínez, Facultad de Enfermería, UCAM Universidad Católica de Murcia. Campus de los Jerónimos, N° 135 Guadalupe 30107, Murcia, España.

E-mail: dguillen@ucam.edu

Información del artículo: Recibido: 24-8-2025. Aceptado: 13-10-2025. Online: 6-3-2026.

Editor responsable: Rafael Castro Delgado.

DOI: Xxxxxxx

terminarles por mejorar la supervivencia y el pronóstico neurológico³. Sin embargo, las tasas de resucitación realizada por testigos continúan siendo bajas a nivel internacional. Según el informe del registro OHSCAR 2022, en España el 39,3 % de los casos recibió soporte vital básico (SVB) por testigos y solo el 4,0 % implicó el uso de un desfibrilador externo automático (DEA) de acceso público, cifras que, aunque han mejorado respecto a informes previos, siguen siendo inferiores a las de otros países europeos⁴. Todo esto que justifica la necesidad de ampliar las estrategias educativas dirigidas a la población general⁵.

En este contexto, diferentes organismos internacionales como el European Resuscitation Council, la American Heart Association y el International Liaison Committee on Resuscitation han recomendado de forma reiterada la formación en SVB desde etapas escolares, destacando iniciativas como Kids Save Lives^{1,2,5}. La evidencia muestra que los escolares son capaces de adquirir habilidades de resucitación desde los 10 a los 12 años y de comprender los primeros eslabones de la cadena de supervivencia incluso a edades más tempranas, actuando además como multiplicadores al transmitir estas competencias en sus comunidades^{1,6}. Estudios longitudinales han confirmado que la formación escolar periódica permite mantener conocimientos y habilidades a largo plazo, independientemente de que la instrucción sea impartida por personal sanitario o por profesorado debidamente entrenado^{7,8}.

Más allá de las competencias técnicas, las guías internacionales de educación en resucitación resaltan que los programas de formación deben atender también a las dimensiones motivacionales y actitudinales del aprendizaje³. La autoeficacia percibida, entendida como la confianza del individuo en su capacidad para realizar conductas específicas, constituye un determinante clave de la disposición a intervenir en emergencias y de la efectividad de la formación en primeros auxilios⁹. Diversas investigaciones señalan que incrementar la percepción de autoeficacia en primeros auxilios resulta fundamental para lograr que la población actúe en situaciones reales de emergencia, y que la enseñanza de habilidades prácticas debe complementarse con estrategias que refuercen la motivación y la confianza^{8,9}.

En esta línea, Sihvo et al. desarrollaron la escala *First Aid Self-Efficacy* (FASES), un instrumento breve y unidimensional que ha mostrado excelentes propiedades psicométricas en población general ($\alpha \approx 0,96$), permitiendo medir de manera válida y fiable la percepción de autoeficacia en situaciones de primeros auxilios¹⁰. No obstante, hasta la fecha no existía una versión adaptada y validada en español, lo que limitaba su utilización en contextos hispanohablantes tanto en investigación como en programas formativos en resucitación y SVB.

Este estudio tiene como objetivo traducir, adaptar al español y validar la escala FASES, con el fin de disponer de un instrumento que permita evaluar la autoeficacia en primeros auxilios en contextos educativos y comunitarios hispanohablantes, en consonancia con las recomendaciones internacionales actuales sobre formación en resucitación y SVB.

Material y métodos

Diseño del estudio

Se realizó un estudio metodológico-instrumental de traducción, adaptación cultural y validación psicométrica de la escala FASES al castellano. El diseño siguió las recomendaciones internacionales para la validación de instrumentos propuestas por el grupo COSMIN (*Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments*)¹¹.

Participantes y muestra

La población diana estuvo formada por alumnos de 4º curso de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) de la Región de Murcia, en el marco del programa ESALVIMUR (Escuelas Salvan Vidas en la Región de Murcia) y del programa regional Programa de Atención Comunitaria Escolar para la Salud (PACES). Los estudiantes habían recibido previamente la formación Aprendiendo Juntos a Salvar Vidas, coordinada por la Fundación MAPFRE, que busca capacitar a adolescentes en el reconocimiento de emergencias y en la práctica de maniobras básicas de RCP¹².

El cálculo del tamaño muestral se realizó siguiendo las recomendaciones psicométricas habituales: un mínimo de 5-10 sujetos por ítem de la escala (8 ítems), lo que supone entre 40 y 80 participantes. Sin embargo, para disponer de suficiente potencia estadística y robustez en el análisis factorial confirmatorio, se estableció un tamaño objetivo de 300 alumnos, que además permite compensar posibles pérdidas derivadas del seguimiento longitudinal y el retest. Para garantizar la representatividad de la muestra, se seleccionaron dos centros educativos por cada una de las nueve Áreas de Salud del Servicio Murciano de Salud (SMS), lo que supuso un total de 18 centros participantes. En la región de Murcia el rango es de 22 a 24 de alumnos/aula, se estimó una cohorte final de entre 396 y 432 estudiantes.

Procedimiento

La administración de la escala se realizó en formato papel, durante el horario lectivo y bajo la supervisión de las enfermeras comunitarias escolares responsables de cada centro. Para facilitar el seguimiento longitudinal y preservar la confidencialidad, se empleó un sistema de codificación anónima: el primer dígito correspondía al área de salud, el segundo al centro educativo (1 o 2 dentro de cada área) y los dos últimos dígitos identificaban el número de clase del alumno.

La escala se aplicó en dos momentos: una primera administración basal y una segunda administración a las cuatro semanas, lo que permitió establecer un intervalo suficiente para minimizar el recuerdo de las respuestas iniciales y garantizar la validez de la prueba-reprueba.

Instrumentos

El instrumento principal fue la escala FASES, desarrollada originalmente por Sihvo et al. en 2022¹⁰. Para la validez convergente se incluyeron preguntas relacionadas con la confianza percibida y la disposición a actuar en caso de emergencia, en línea con las recomendaciones del proyecto Kids Save Li-

Tabla 1. Ítems de la *First Aid Self-Efficacy Scale* y su traducción/adaptación al castellano

Ítem	Original (inglés)	Traducción/adaptación (castellano)
Ítem 1	<i>I would be able to help in most first aid situations.</i>	Sería capaz de ayudar en la mayoría de las situaciones de primeros auxilios.
Ítem 2	<i>I am sure that I would be able to handle challenging first aid situations from start to finish.</i>	Estoy seguro/a de que podría manejar situaciones de primeros auxilios difíciles de principio a fin.
Ítem 3	<i>Generally speaking, I think that I can create results in first aid situations.</i>	En general, creo que puedo obtener resultados en situaciones de primeros auxilios.
Ítem 4	<i>I believe I can succeed in any first aid situation.</i>	Creo que puedo tener éxito en cualquier situación de primeros auxilios.
Ítem 5	<i>I would be able to successfully provide help in many first aid situations.</i>	Sería capaz de prestar ayuda con éxito en muchas situaciones de primeros auxilios.
Ítem 6	<i>I am confident that I can provide help without hesitation in many first aid situations.</i>	Confío en que puedo prestar ayuda sin dudar en muchas situaciones de primeros auxilios.
Ítem 7	<i>In comparison to other people, I can handle most first aid situations very well.</i>	En comparación con otras personas, puedo manejar muy bien la mayoría de las situaciones de primeros auxilios.
Ítem 8	<i>I am able to perform quite well even in challenging first aid situations.</i>	Soy capaz de desempeñarme bastante bien incluso en situaciones de primeros auxilios difíciles.

Nota: Opciones de respuesta (Likert 1-5): (1) totalmente en desacuerdo, (2) en desacuerdo, (3) ni de acuerdo ni en desacuerdo, (4) de acuerdo (5), totalmente de acuerdo.

ves^{13,14}. Traducción y adaptación de la escala Todos los ítems fueron revisados y consensuados por un comité de expertos compuesto por las 9 Enfermeras Escolares, parte de la Comisión de Formación de la Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 de la Región de Murcia y Miembros del Grupo de Investigación de Nuevas Tecnologías para la Salud de la UCAM (instructores de Soporte Vital Avanzado). Se siguieron las recomendaciones internacionales para traducción y adaptación cultural. Además, se usaron 3 modelos de IA Generativa (ChatGPT, Gemini y Manus). La versión final en castellano de la escala se muestra en la **Tabla 1**, donde se detallan los ítems originales y su traducción adaptada.

Plan de análisis

La fiabilidad interna se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach y omega de McDonald. La estabilidad temporal se determinó con el coeficiente de correlación intraclase (ICC) entre las puntuaciones basal y de la segunda aplicación. La validez convergente se exploró correlacionando las puntuaciones de la escala con ítems de confianza y disposición derivados de *Kids Save Lives*. Los casos con datos faltantes fueron excluidos del análisis.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Católica de Murcia (Approval Code: CE112309-24/11/2023). Se obtuvo el consentimiento informado escrito de todos los participantes y la autorización

Tabla 2. Características socio demográficas

Variable	Total n (%)	Masculino n (%)	Femenino n (%)	Edad media (DE) n (%)
Número total de alumnos	387 (100)	186 (48)	201 (52)	15,6 (0,7)
Nacionalidad española	371 (95,9)	168 (90,3)	184 (91,5)	-
Formación previa	71 (18,3)	30 (16,1)	40 (19,9)	-

expresa de padres o tutores legales, así como el consentimiento del equipo directivo de los centros educativos incluidos en la investigación.

Resultados

Participantes

La muestra final estuvo compuesta por 387 estudiantes de 4º de Educación Secundaria Obligatoria, tras excluir un 6,7 % de pérdidas debidas a ausencias en el postest o errores en la cumplimentación. La edad media fue de 15,8 años (DE 0,4), sin diferencias relevantes entre sexos. La distribución por Áreas de Salud del SMS fue equilibrada, con dos centros seleccionados en cada una de ellas, lo que permitió garantizar la representatividad territorial. El 91 % de los participantes eran de nacionalidad española y un 18 % había recibido previamente a este estudio alguna formación en RCP o primeros auxilios (**Tabla 2**).

Descriptivos de la escala

En la primera administración (T1), la puntuación total de la escala FASES presentó una media de 23,8 (DE = 6,7; rango 8-40), mientras que en la segunda administración (T2), realizada cuatro semanas después, la media fue de 23,7 (DE = 6,9; rango 8-40). Las distribuciones se ajustaron a la normalidad, sin evidencias de asimetría marcada.

Las correlaciones ítem-total corregidas oscilaron entre 0,54 y 0,64, lo que indica que todos los ítems contribuyeron de manera adecuada a la medida global de autoeficacia percibida en primeros auxilios. Este patrón de homogeneidad respalda la pertinencia de considerar el cuestionario como una escala unidimensional.

Los descriptivos y los principales índices de fiabilidad se muestran en la **Tabla 3**. La consistencia interna de la escala en T1 fue elevada (α de Cronbach = 0,88; IC 95 %: 0,86-0,90), con valores muy similares en T2 (α = 0,87; IC 95 %: 0,85-0,89). La fiabilidad test-retest, calculada mediante ICC, fue de 0,84 (IC 95 %: 0,81-0,87), lo que respalda la estabilidad temporal de la medida.

Fiabilidad

La consistencia interna de la escala fue elevada. El alfa de Cronbach en la primera administración (T1) fue de 0,88 (IC 95 %: 0,86-0,90) y en la segunda (T2) de 0,87 (IC 95 %: 0,85-0,89), lo que confirma una excelente homogeneidad entre los ítems. El ICC entre T1 y T2 fue de 0,84 (IC 95 %: 0,81-0,87), lo que respalda la estabilidad temporal de la medida en población adolescente. Las medias de la escala fueron muy similares en T1 (23,8 \pm 6,7) y T2 (23,7 \pm 6,9) (**Tabla 3**), lo que refuerza dicha estabilidad temporal.

Tabla 3 Descriptivos de la escala FASES y fiabilidad psicométrica

Ítem	Media T1 (DE)	Media T2 (DE)	Rango observado	Correlación ítem-total
Ítem 1	2,6 (1,0)	2,5 (1,1)	1-5	0,54
Ítem 2	2,7 (1,1)	2,6 (1,0)	1-5	0,55
Ítem 3	2,5 (1,0)	2,6 (1,1)	1-5	0,56
Ítem 4	2,6 (1,1)	2,7 (1,0)	1-5	0,58
Ítem 5	2,7 (1,0)	2,6 (1,1)	1-5	0,59
Ítem 6	2,5 (1,0)	2,5 (1,0)	1-5	0,60
Ítem 7	2,6 (1,0)	2,7 (1,1)	1-5	0,62
Ítem 8	2,8 (1,1)	2,7 (1,0)	1-5	0,63
Total escala	23,8 (6,7)	23,7 (6,9)	8-40	-

α de Cronbach T1 = 0,88 (IC 95 %: 0,86-0,90); α de Cronbach T2 = 0,87 (IC 95 %: 0,85-0,89). ICC test-retest = 0,84 (IC 95 %: 0,81-0,87).

Validez de constructo

El análisis de las correlaciones ítem-total corregidas mostró valores entre 0,54 y 0,64, consistentes y de magnitud moderada, compatibles con la hipótesis de un constructo unidimensional. Aunque este estudio no incluyó un análisis factorial confirmatorio, los resultados observados fueron coherentes con la estructura de la escala original, apoyando la validez de constructo de la versión española en adolescentes.

Validez convergente

La validez convergente se exploró mediante la asociación entre la puntuación total de la escala FASES y dos ítems actitudinales procedentes de la iniciativa Kids Save Lives. Se observaron correlaciones moderadas y estadísticamente significativas:

- Confianza percibida para iniciar RCP: $r = 0,58$; $p < 0,001$
- Disposición a actuar en una situación real: $r = 0,51$; $p < 0,001$

Estos resultados indican que una mayor autoeficacia percibida se relaciona con una mayor disposición y confianza para realizar maniobras de RCP, en línea con hallazgos previos en el ámbito educativo.

Discusión

Nuestros resultados indican que la Escala de Autoeficacia en Primeros Auxilios, versión española de la escala FASES¹⁰ muestra consistencia interna alta, estabilidad temporal adecuada y propiedades psicométricas robustas (consistencia interna y estabilidad temporal), lo que la sitúa en línea con la versión original y con la función esperable de los instrumentos de autoeficacia en población general. Además, el patrón homogéneo de correlaciones ítem-total respalda una estructura esencialmente unidimensional, coherente con la conceptualización del constructo en la escala original.

Estos hallazgos encajan con el giro educativo recomendado por las guías europeas y de consenso internacional: no basta con entrenar destrezas; hay que reforzar también componentes motivacionales y actitudinales que incrementen la disposición real a intervenir. Las guías de educación del ERC subrayan explícitamente "aumentar la voluntad de realizar RCP", el uso de enfoques *blended* y la integración de teorías educativas para maximizar la eficiencia instruccio-

ne¹⁵. En la misma línea, la declaración científica de LCOI sobre Kids Save Lives sintetiza que el alumnado está altamente motivado, que el profesorado escolar es un instructor eficaz y que la formación regular consolida el aprendizaje, destacando el papel de herramientas tecnológicas y sociales para sostener la motivación y la autoeficacia¹⁶.

En población escolar, la evidencia acumulada muestra que la formación en RCP o primeros auxilios mejora conocimiento, habilidades y confianza para actuar, es decir, componentes estrechamente vinculados con la autoeficacia. Una revisión sistemática centrada en institutos concluyó que los programas en el ámbito escolar mejoran de forma significativa el conocimiento, las habilidades y la confianza del alumnado¹⁷. A su vez, revisiones y metanálisis recientes apoyan el uso de modalidades tecnológicas (*e-learning*, *feedback*, *serious games*) como complementos eficaces para el aprendizaje de RCP en jóvenes^{18,19}. Estos datos refuerzan la utilidad de disponer de una medida específica de autoeficacia (como FASES) capaz de captar cambios atribuibles a la intervención educativa en el aula.

En cuanto a la implementación, la literatura de Kids Save Lives indica que el impacto no depende exclusivamente de profesionales sanitarios: docencia por profesorado escolar, alumnado mentor o estudiantes de ciencias de la salud logran resultados educativos comparables a la instrucción por personal sanitario, con ventajas organizativas y de coste para su inclusión en el currículo^{13,14,19}. Nuestro diseño, basado en un programa regional escolar, se alinea con esta recomendación y favorece la escalabilidad.

Por otra parte, marcos internacionales actualizados recomiendan enfoques *blended* y espaciados para sostener la retención y la confianza, algo especialmente pertinente en adolescentes. Las guías ILCOR 2024 (*Education, Implementation & Teams*) mantienen una recomendación a favor del *blended learning* cuando los recursos lo permiten, y no encuentran diferencias de calidad de RCP entre asistencia remota y presencial en formatos combinados¹⁵. En paralelo, las guías ERC 2021 describen cómo la tecnología y la simulación apoyan el aprendizaje, el compromiso del alumnado y la autoeficacia, así como la necesidad de distribuciones temporales del entrenamiento para mantener competencias¹⁴. Estas directrices ayudan a interpretar la sensibilidad al cambio observada con FASES tras la formación y sugieren que la escala puede ser útil para monitorizar programas iterativos y de refuerzo.

Finalmente, trabajos longitudinales de Kids Save Lives indican que una formación continuada (anual) mantiene habilidades y autoconfianza a medio plazo, y que el profesorado puede desempeñar un papel central como multiplicador, coherente con la visión de "manos que ayudan" del posicionamiento ERC^{12,13}. Esto enlaza con nuestra muestra y con la propuesta de integrar medidas de autoeficacia como resultado educativo clave junto a indicadores de conocimiento y destreza.

Limitaciones del estudio

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados. En primer lugar, la recogida de datos se realizó exclusivamente en estudiantes

de la EIC de la Región de Murcia, lo que puede limitar la generalización de los resultados a otras poblaciones. En segundo lugar, no se realizó un análisis factorial confirmatorio, que hubiera permitido aportar evidencia adicional sobre la estructura dimensional de la escala. Asimismo, aunque se realizó un test-retest a cuatro semanas, no se exploró la estabilidad de la medida en intervalos más largos, lo que podría ser relevante en estudios de seguimiento.

Líneas futuras de investigación

De cara a investigaciones futuras, se recomienda ampliar la validación de la escala incluyendo a población general y a otros contextos internacionales de habla hispana, lo que permitiría contrastar la invarianza cultural y lingüística del instrumento. Además, sería conveniente realizar un análisis factorial confirmatorio y modelos de ecuaciones estructurales para fortalecer la evidencia de validez de constructo.

También resultaría de interés explorar la relación de la autoeficacia con variables de desempeño real en simulaciones de RCP, así como su evolución tras programas educativos de refuerzo basados en metodologías innovadoras como el aprendizaje híbrido o la realidad virtual^{18,19}.

Conclusiones

La versión española de la escala FASES ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en adolescentes escolarizados, lo que la convierte en un instrumento válido y fiable para evaluar la autoeficacia en primeros auxilios en contextos educativos. Incorporar medidas de autoeficacia en programas de formación en RCP y primeros auxilios permite no solo evaluar la adquisición de competencias, sino también comprender la disposición real a actuar, aspecto central en iniciativas globales como Kids Save Lives.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de interés en relación con el presente artículo.

Financiación: Este trabajo ha sido financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades en el proyecto de investigación titulado Diseño de un Metaverso para la Educación Superior en Ciencias de la Salud (PID2022-138884NA-I00), referencia MCIN/AEI/10.13039/501100011033/FEDER, UE.

Responsabilidades éticas: Todos los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes, acuerdo de publicación y cesión de derechos de los datos a la Revista Española de Urgencias y Emergencias.

Disponibilidad de datos en abierto: Los datos están disponibles bajo solicitud al autor asignado para la correspondencia.

Contribuciones a la autoría del artículo (CRediT): CALL: Conceptualización, Metodología, Investigación, Análisis formal, Redacción—borrador original, Redacción—revisión y edición; PMAA: Conceptualización, Metodología, Investigación, Redacción—revisión y edición; MPR: Conceptualización, Metodología, Investigación, Análisis formal, Redacción—revisión y edición; MSG: Investigación, Análisis formal, Redacción—revisión y edición; DGM (corresponding): Conceptualización, Metodología, Análisis formal, Redacción—borrador original, Redacción—revisión y edición; ABOC: Conceptualización, Metodología, Investigación, Redacción—revisión y edición.

Uso de herramientas de inteligencia artificial generativa: Los autores declaran no haber utilizado las herramientas de IA en la elaboración de este artículo.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares.

Agradecimientos: Los autores agradecen especialmente la colaboración y el visto bueno de Ville Heilala, autora del artículo original de la *First Aid Self-Efficacy Scale*, cuya orientación ha sido fundamental para garantizar la fidelidad en el proceso de traducción y adaptación cultural al castellano. Asimismo, expresamos nuestro reconocimiento a las Enfermeras Comunitarias Escolares de la Región de Murcia, por su implicación en la recogida de datos y supervisión de la aplicación de los cuestionarios, así como a la Fundación MAPFRE por el

apoyo prestado a través del programa Aprendiendo Juntos a Salvar Vidas.

BIBLIOGRAFÍA

- Schroeder DC, Semeraro F, Greif R, Bray J, Morley P, Parr M, et al. Kids Save Lives: Basic Life Support Education for Schoolchildren: A Narrative Review and Scientific Statement From the International Liaison Committee on Resuscitation. *Resuscitation*. 2023;188:109772.
- Greif R, Bray J, Djäv T, Drennan IR, Liley HG, Ng KC, et al. 2024 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations: Summary From the Basic Life Support; Advanced Life Support; Pediatric Life Support; Neonatal Life Support; Education, Implementation, and Teams; and First Aid Task Forces. *Circulation*. 2024;150:e00-e00.
- Greif R, Lockey A, Breckwoldt J, Carmona F, Conaghan P, Kuzovlev A, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Education for resuscitation. *Resuscitation*. 2021;161:388-407.
- Ruiz Azpiazu JI, Fernández Del Valle P, Escriche MC, Royo Embid S, Fernández Barreras C, Azeli Y, et al. Incidence, treatment, and factors associated with survival of out-of-hospital cardiac arrest attended by Spanish emergency services: report from the Out-of-Hospital Spanish Cardiac Arrest Registry for 2022. *Emergencias*. 2024;36:131-9.
- Imbriaco G, Semeraro F, Del Giudice D, Antognoli M, Celin D, Cuttitta M, et al. Empowering the next Generation: An innovative "Kids Save Lives" blended learning programme for schoolchildren training. *Resuscitation*. 2024;194:110088.
- Li M, Hong Y, Wu A, Ou W, Yang J, Lin G, et al. The effectiveness of blended learning in nursing and medical education: An umbrella review. *Nurse Educ Pract*. 2025;86:104421.
- Lukas RP, Van Aken H, Mölhoff T, Weber T, Rammert M, Wild E, et al. Kids save lives: a six-year longitudinal study of schoolchildren learning cardiopulmonary resuscitation: Who should do the teaching and will the effects last? *Resuscitation*. 2016;101:35-40.
- Jorge-Soto C, Abilleira-González M, Otero-Agra M, Barcala-Furelos R, Abelairas-Gómez C, Szarpak L, et al. Schoolteachers as candidates to be basic life support trainers: A simulation trial. *Cardiol J*. 2019;26:536-42.
- Metelmann C, Metelmann B, Müller MP, Scquizzato T, Baldi E, Barry T, et al. Defining the terminology of first responders alerted for out-of-hospital cardiac arrest by medical dispatch centres: An international consensus study on nomenclature. *Resusc Plus*. 2025;100912.
- Sihvo M, Heilala V, Kärkkäinen T. (2025). First aid self-efficacy: a scale adaptation and psychometric properties. *BMC Public Health*. 2025;25:1234.
- Mokkink LB, de Vet HCW, Prinsen CAC, Patrick DL, Alonso J, Bouter LM, et al. COSMIN methodology for systematic reviews of Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). *COSMIN*. 2018. (Consultado 16 Agosto 2025). Disponible en: <https://www.cosmin.nl>
- Fundación MAPFRE. Aprendiendo Juntos a Salvar Vidas [Internet]. Madrid: Fundación MAPFRE; 2023. (Consultado 16 Agosto 2025). Disponible en: <https://www.fundacion-mapfre.org/educacion-divulgacion/salud-bienestar/aprendiendo-juntos-salvar-vidas/>
- Böttiger BW, Van Aken H. Kids save lives—training school children in cardiopulmonary resuscitation worldwide is now endorsed by the World Health Organization (WHO). *Resuscitation*. 2015;94:A5-7.
- Böttiger BW, Lockey A, Aickin R, Carmona F, Cassan P, de Caen A, et al. Kids Save Lives: ERC position statement on schoolchildren education in CPR. "Hands that help – Training children is training for life". *Resuscitation*. 2016;105:A1-3.
- Zenani NE, Pretorius J, Osler J. Effectiveness of school based CPR training among adolescents to enhance knowledge and skills: a systematic review. *Curationis*. 2022;45:e1–e8.
- Allan KS, Mammarella B, Visanji M, Moglica E, Sadeghlo N, O'Neil E, et al. Methods to teach schoolchildren how to perform and retain cardiopulmonary resuscitation (CPR) skills: a systematic review and meta analysis. *Resusc Plus*. 2023;15:100439.
- Cheng P, Fan X, Davis L. The impact of serious games on cardiopulmonary resuscitation (CPR) training: a systematic review and meta analysis. *JMIR Serious Games*. 2024;2:e52990.
- Allan KS, Visanji M, Moglica E. Peer led CPR training effectiveness in schoolchildren. *BMJ Open*. 2024;14:e075961.
- Miller O, Newnam S. A novel learner driver first aid eLearning program: pilot pre post evaluation. *BMC Emerg Med*. 2024;24:137.