

**NIVEL DE AFRONTAMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
FRENTE A LA MUERTE DE LOS PACIENTES EN UNIDADES DE CUIDADO
INTENSIVO EN EL PERIODO 2023-1**



AUTORES:

**SLENDY JULIETH ARDILA CEPEDA
STEFANY ALEJANDRA GARCÉS CABRERA**

PROYECTO DE GRADO

ASESORA:

**LUISA FERNANDA OCHOA VILLEGAS
ENFERMERA**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ENFERMERÍA
MEDELLÍN – COLOMBIA
2023**

**NIVEL DE AFRONTAMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
FRENTE A LA MUERTE DE LOS PACIENTES EN UNIDADES DE CUIDADO
INTENSIVO EN EL PERIODO 2023-1**



AUTORES:

**SLENDY JULIETH ARDILA CEPEDA
STEFANY ALEJANDRA GARCÉS CABRERA**

PROYECTO DE GRADO

ASESORA:

**LUISA FERNANDA OCHOA VILLEGAS
ENFERMERA**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ENFERMERÍA
MEDELLÍN – COLOMBIA
2023**



UNAC
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA
COLOMBIA

Personería Jurídica reconocida mediante
Resolución No. 8529 del 06 de junio de 1983,
expedida por el Ministerio de Educación Nacional.
Carrera 84 No. 33AA-1 Medellín, Colombia
PBX: + 57 (4) 250 83 28
NIT: 860.403.751-3
www.unac.edu.co

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

NOTA DE ACEPTACIÓN

Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto de investigación: **“Nivel de afrontamiento de los profesionales de Enfermería frente a la muerte de los pacientes en unidades de cuidado intensivo en el periodo 2023-1.”**, elaborado por las estudiantes SLENDY JULIETH ARDILA CEPEDA, STEFANY ALEJANDRA GARCÉS CABRERA, del programa de Enfermería, nos permitimos conceptuar que éste cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Facultad de Ciencias de la Salud y por lo tanto se declara como:

APROBADO- SOBRESALIENTE

Medellín, 07 de junio de 2023

PhD. JORGE ANTONIO SÁNCHEZ BECERRA
Coordinador Investigación FCS

LUISA FERNANDA OCHOA VILEGAS
Asesor

SLENDY JULIETH ARDILA CEPEDA
Estudiante

STEFANY ALEJANDRA GARCÉS CABRERA
Estudiante

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecemos a Dios, a la Corporación Universitaria Adventista y a la Facultad de Ciencias de la Salud (FCS) por concedernos el privilegio de hacer parte de este proceso formativo que nos permitió crecer como profesionales.

Nuestro agradecimiento especial a la asesora de tesis, magíster Luisa Fernanda Ochoa Villegas, por su comprensión en todo momento para con nosotras, su excelencia académica a la hora de guiarnos, por su capacidad de darnos tranquilidad en los momentos de mayor estrés. Luisa, gracias por tu empatía, tu esfuerzo, disposición, dedicación y acompañamiento. Ha sido un privilegio y placer poder contar con tu apoyo y conocimiento. Eternas gracias.

También agradecemos a la docente Beatriz Torres Avendaño por su disposición, guía y acompañamiento en toda la parte inicial de nuestro proyecto, siempre presta a explicarnos, corregirnos. Mil gracias por todos sus aportes sin usted esto tampoco sería posible.

Agradecemos al docente Edgardo Ramos por cada uno de sus valiosos aportes en nuestro proyecto, por su excelencia académica y conocimiento compartido.

No menos importante, damos gracias a todos los docentes que han hecho parte de nuestra formación profesional a lo largo de estos 9 semestres, donde nos han transmitido su conocimiento y enseñanza, nos han inspirado, nos han motivado a ser mejores personas, a todos ellos infinitas gracias, porque han aportado a nuestro crecimiento y desarrollo personal, nos han incentivado a investigar, sin ustedes tampoco sería posible.

ÍNDICE

CONTENIDO

PALABRAS CLAVES.....	7
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	8
1.1 Planteamiento del problema	8
1.2 Justificación.....	9
1.3 Pregunta de investigación	11
2. MARCO CONCEPTUAL.....	12
2.1 Marco teórico.....	12
2.2 Marco referencial.....	16
2.3 Marco legal.....	21
2.4 Marco disciplinar	22
3. OBJETIVOS.....	26
3.1 Objetivo general.....	26
3.2 Objetivos específicos	26
4. METODOLOGÍA.....	27
4.1 Enfoque de la investigación.....	27
4.2 Tipo de investigación.....	27
4.3 Descripción de la población.....	27
4.4 Criterios de inclusión	27
4.4.1 Criterios de exclusión.....	27
4.4.2 Selección de muestra	28
4.5 Instrumentos para la recolección de la información	28
4.5.1 Cuestionario de caracterización sociodemográficas.....	28
4.5.2 Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte (EBAM)	28
4.5.3 Variables, tabla de variables.....	29
4.6 Análisis de confiabilidad del instrumento.....	40
4.7 Control de errores y sesgos	40
4.8 Estrategias de análisis de datos.....	41
4.9 Aspectos Éticos de la investigación	41
4.9.1 Nivel 1. De los principios éticos.....	41
4.9.2 Nivel 2. De las normas éticas.....	42
4.9.3 Nivel 3. De los comités institucionales de ética.....	43

5.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	44
6.	CONCLUSIONES	57
7.	RECOMENDACIONES.....	58
8.	BIBLIOGRAFÍA.....	59
9.	ANEXO A.....	65
10.	ANEXO B.....	67

PALABRAS CLAVES

Adaptación, Afrontamiento, Afrontar, Duelo, Enfermería, Muerte, UCI.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

La función de los profesionales de enfermería, desde la esfera del cuidado implica la participación en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, restauración de la salud y el alivio del sufrimiento. En ese sentido, la enfermería se ha consolidado como una profesión humanista con una filosofía centrada directamente en el hombre y su interacción con el entorno(1).

Por consiguiente, el enfermero vive el día a día expuesto a un sin número de eventos que envuelven la vida en todo su esplendor; así como pueden emplearse todas las estrategias y el conocimiento óptimo para llevar alivio, procurar el bienestar y prolongación de la existencia humana, es indispensable reconocer, pero, sobre todo, conservar un estado de conciencia, de que cada ciclo de vida también tiene su fin. De modo, que enfrentarse a la muerte ha llegado a convertirse en una situación cotidiana para todos los profesionales de la salud, y se podría decir, que específicamente del cuerpo enfermero, después de todo, son quienes brindan los cuidados integrales al paciente y a la familia, en la lucha con el sufrimiento y con los miedos que pueden aparecer en los momentos que acompañan el cuidar(2). El profesional de enfermería tiene, dentro de sus ocupaciones, ayudar a los seres humanos a enfrentar este paso de transición de la vida a la muerte, tanto de los que padecen una enfermedad como de los seres queridos que lo rodean. (3)

Cabe resaltar que la muerte, es considerada como una de las etapas más complejas de la vida, pues comprende procesos dolorosos, en ocasiones traumáticos. Sin embargo, lo verdaderamente cierto, es que independientemente de la pérdida, las reacciones emocionales que se presentan varían de acuerdo con la manera en que cada persona gestione la situación, de experiencias previas, creencias religiosas o espirituales, así como del propio afrontamiento.

Es importante, conocer el concepto de afrontamiento, partiendo de la definición de la Real Academia de la lengua española la cual hace alusión a este como: “La acción y efecto de afrontar”(4), siendo afrontar según la RAE: “Hacer cara a un peligro, problema o situación comprometida”(5). En relación con este tema, es conveniente mencionar a Callista Roy como una de las autoras que utiliza el término afrontamiento en su teoría de la adaptación, plantea que el afrontamiento facilita la adaptación, y define los procesos de afrontamiento como “Modos innatos o adquiridos de actuar ante los cambios producidos en el entorno” (6)

De acuerdo con una investigación realizada sobre el “Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes, en unidades de cuidados paliativos” arrojó que aproximadamente un tercio de los profesionales estudiados (37%) presentó un mal afrontamiento de la muerte. Por otro lado, el 60% consideró que su formación era inadecuada para proporcionar cuidados al paciente terminal. Finalmente, un 83.1%, manifestó no contar con algún sistema de apoyo por parte de la Institución donde laboraban. Se llegó a la conclusión de que los profesionales estudiados necesitaban mejorar su nivel de afrontamiento ante la muerte. Los resultados obtenidos lograron evidenciar la necesidad de una formación sólida para lograr competencias de afrontamiento. (7)

También, se tomó en cuenta otra investigación acerca del “Afrontamiento de docentes de enfermería ante la muerte del paciente en unidades de cuidado crítico” en la cual se empleó “la escala de Bugen de afrontamiento de la muerte”, validada al castellano, para evaluar el nivel de afrontamiento. Se encontró, que el 100% de docentes de enfermería habían tenido una experiencia cercana a la muerte con algún ser querido; que el 73,3% no había tenido ninguna preparación como enfermera acerca de la muerte. Se concluyó a través de la escala Bugen que el 36,8% de la población puntuó por debajo del percentil 33, el 33,4% de la población por encima del percentil 66, y el 29,9% puntuó en la zona intermedia, lo que pudo manifestar la necesidad de las enfermeras de mejorar su nivel de afrontamiento ante la muerte, por medio de una formación sólida en cuidados integrales al final de la vida y el buen morir.(8)

Por lo anterior, se puede establecer que la frecuente exposición a tales situaciones traza la necesidad de recursos y estrategias para desafiar escenarios de naturaleza especialmente ansiógenas que pueden afectar la calidad de los cuidados. (9)

Lo expuesto genera la inquietud de conocer cuan preparado está el profesional de enfermería acerca de la muerte y las actitudes que adoptan ante ella, y es por eso que se pretende identificar la forma en la que cada uno de ellos afronta la muerte de un paciente, como se está desarrollando ese afrontamiento y si se comporta de una manera adecuada o no.(3)

1.2 Justificación

Es necesario comprender la muerte como un proceso natural de la vida, que forma parte del ciclo vital del ser humano, para así lograr mitigar el miedo a hablar de ella.

De igual modo, puede ayudar a visibilizar la falta de preparación de los profesionales para afrontarla, por lo que puede ser útil para mejorar la manera en que los enfermeros emplean las estrategias de afrontamiento y contribuir a reducir los niveles de estrés, favoreciendo el cuidado integral al paciente que se encuentra en el proceso de muerte. (9)

Cada persona experimenta su propio proceso de morir de forma única y, por tanto, no hay una sola manera de vivir y experimentar la muerte, por lo que un primer paso en la mejoría de la formación de los profesionales de la salud en general y de enfermería en particular, consistiría en conocer las propias conductas y emociones para afrontar la propia muerte y la muerte de los demás. (3)

En ese caso, es importante hacer alusión a la temática del afrontamiento que se define “como los esfuerzos cognitivos y conductuales realizados para manejar situaciones que han sido evaluadas como potencialmente amenazantes o estresantes. Su función es eliminar o reducir el distrés emocional asociado a las condiciones estresantes que experimenta un individuo; por ello, es contemplado también como un regulador de emociones”. (10)

De modo, que la presente investigación se enfocará en estudiar las conductas de afrontamiento del profesional de enfermería frente a la muerte de un paciente en unidades de cuidado intensivo, debido a que es necesario conocer e identificar aquellos factores que influyen en la adopción de dichas conductas, así como las instancias de preparación en esta temática. Además, no hay claridad sobre la existencia de instancias de apoyo para los profesionales de enfermería que se enfrentan a la muerte en su cotidiano quehacer en el medio hospitalario, entonces muchas veces pueden surgir sentimientos de miedo, angustia o de evitación al tema lo que puede traducirse en una pobre atención de los pacientes que se encuentran en la fase final de su vida. La muerte es una experiencia que resulta sumamente estresante y el sistema de apoyo que se reciba puede proporcionar una guía para brindar un mejor cuidado al enfermo. (3)

Es conveniente resaltar que esta investigación está fundamentada en el análisis de la literatura existente sobre actitudes de afrontamiento, implementación de instrumentos tales como formularios o encuestas que pretenden ser realizadas a un grupo de profesionales que laboran en unidades de cuidado intensivo, lo cual no implicaría la inversión de costos mayores por parte de las investigadoras. En caso de que no exista total disposición del personal humano para aplicar el instrumento o incluso que no se cuente con los suficientes individuos, podría significar un obstáculo para llevar a cabo con éxito lo planteado anteriormente

Los beneficios para las autoras y los estudiantes en general radicarán en el hecho de que pondrán en práctica los conocimientos adquiridos a lo largo de su período de estudios con el fin de comprender una problemática que afecta el ejercicio profesional, tal como lo es el afrontamiento ante la muerte de pacientes de unidades de cuidado intensivo, esto lo harán a través de un ejercicio de apropiación de información y su análisis mediante el método científico. Al mismo tiempo, puede ser de gran ayuda para todos los profesionales que realicen sus labores en centros hospitalarios, pudiendo incorporarse como parte primordial de la formación, lo que facilitaría el choque emocional que supone enfrentarse a la persona que fallece, especialmente en las primeras ocasiones.

1.3 Pregunta de investigación

¿Cuál es el nivel de afrontamiento de los profesionales de enfermería frente a la muerte de los pacientes en unidades de cuidado intensivo?

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 Marco teórico

La muerte es el final de la vida, o su interrupción, o lo contrario a la vida, según como se vea. Es algo inevitable, que los seres humanos tenemos en común con absolutamente todas las formas de vida, si bien cada una tiene sus propios lapsos de existencia. Sin embargo, sólo los seres humanos somos conscientes de que, algún día, habremos de morir.(11)

Por su parte, Jean Baptiste Lamarck considera que “un cuerpo vivo es un cuerpo limitado en su duración, organizado en sus partes, que posee lo que denominamos vida y que está sujeto necesariamente a perderla, o sea, a sufrir la muerte, que es el fin de su existencia. Sitúa la muerte directamente en el interior del ser vivo”.(12) También, desde el punto de vista médico se encuentra la siguiente definición: “la muerte se produce al cesar las funciones fundamentales: actividad cardiaca y actividad respiratoria, éstas traen consigo el cese de las funciones cerebrales y con esto termina toda la existencia” (13)

En este contexto, es prudente mencionar que la muerte puede darse de diversas maneras en cuanto a aspectos legales en Colombia. En primera instancia se menciona la eutanasia definida como “una muerte que se solicita a un médico en el contexto particular de una persona con enfermedad terminal, incurable o que le está ocasionando sufrimiento, mucho dolor y la haya llevado a considerar que su vida, de esa manera, no puede continuar”. Se habla de eutanasia activa cuando un médico a través de una inyección causa la muerte de una persona en estado terminal, que lo ha solicitado libremente y cumpliendo con ciertos requisitos. En cambio, en la eutanasia pasiva se deja de hacer por el paciente todo o parte del tratamiento instaurado, y cuyo resultado será su muerte. Por otro lado, haciendo alusión al suicidio médicamente asistido, es aquel que se ejecuta con la ayuda de un médico para que se dé, pero la persona que lo solicita no está en el marco de una enfermedad incurable que le ocasione sufrimiento y dolor. (14)

En efecto, hablar de la muerte es intentar abarcar un mundo casi infinito de posibilidades, su complejidad hace que su estudio pueda adoptar distintas perspectivas y, aunque morir es siempre un proceso individual, es también un acontecimiento que afecta a aquellos que se relacionan con quien muere, evidenciando una dimensión social y cultural. De allí que las conductas que las personas adoptan ante la muerte sean el resultado de características y

circunstancias individuales, por un lado, y del concepto y el significado de la muerte imperante en la sociedad, por el otro.(15) En tal sentido, el luto y el duelo entran a formar parte de lo expuesto anteriormente, pues son maneras de vivencia social dramática de la muerte de un ser querido; la función del luto es expresar la tristeza y el dolor que siente el vivo por la partida de un familiar o amigo; también es ese estado en el que el individuo transmite o experimenta una respuesta humana natural que implica reacciones psicosociales y psicológicas a una pérdida real o subjetiva (personal, objeto, función, status, etc.). Para Posada “es la respuesta psicológica, sentimiento y pensamiento que se presenta ante la pérdida de un ser querido” por lo tanto, es fundamental entender el duelo como un proceso en movimiento, con cambios y múltiples posibilidades de expresión y no como un estado estático con límites rígidos. (16)

Tras cada pérdida, viene un duelo, un proceso en el que se habrá de elaborar las emociones, sin embargo, las conductas de afrontamiento del duelo que utiliza cada persona son diferentes; para algunas puede resultar sencillo aceptar la situación y adaptarse a ella, mientras que, para otras, el mundo parece venirse abajo, la confusión, el dolor y la ira se sitúan en sus vidas, robando la felicidad.(17)

Al ser este un hecho relevante que puede afectar la vida de una persona si no hay un adecuado manejo del duelo, se evidencia la necesidad de explorar los recursos con los que cuenta un individuo para superar este tipo de trances. Por tal motivo, se plantea la necesidad de examinar métodos de afrontamiento del ser humano en situación de duelo.(18) De acuerdo con Fernández- Abascal y Palmero, “el afrontamiento es una preparación para la acción, que se moviliza para evitar los daños del estresor. Por lo tanto, el afrontamiento es un conjunto de esfuerzos tanto cognitivos como comportamentales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. El afrontamiento es definido por Everly como “un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, esfuerzos que pueden ser psicológicos o conductuales”. En la misma línea, Frydenberg y Lewis definen al afrontamiento como “las estrategias conductuales y cognitivas para lograr una transición y una adaptación efectivas”.(19)

Al mismo tiempo, Lazarus y Folkman definen el afrontamiento como “las estrategias que utiliza una persona a nivel cognitivo y conductual para manejar demandas internas o externas que percibe como excesivas respecto a los recursos que posee e incluye esfuerzos para manejar dicha demanda independientemente del resultado, esto quiere decir que ninguna estrategia puede considerarse mejor o peor que otra pues su eficacia depende exclusivamente de sus efectos en una situación particular a corto y largo plazo” sin embargo, ellos afirman que la mejor estrategia

de afrontamiento es aquella que mejora la relación del individuo en su entorno, además de permitir el dominio de las emociones y el mantenimiento de la autoestima.(20)

En ese orden de ideas, para poder establecer las diferentes estrategias de afrontamiento que vivencian las personas se debe tener en cuenta el contexto socio cultural en los que se desarrolla la persona, por tal motivo existen diferentes estrategias de afrontamiento, donde se debe tener en cuenta el tipo de pérdida y la forma en que ocurre esta, a continuación, se exponen diferentes estrategias:

- Confrontación: Intentos de corregir las diferentes situaciones enfrentándose de forma directa, se puede presentar de una forma calmada, agresivamente o arriesgada.
- Planificación: Exponer y ejecutar estrategias para buscar posibles soluciones directas.
- Distanciamiento: Intentos de abandonar el problema, no pensar en el suceso y posibles evitaciones de este.
- Autocontrol: Esfuerzos para controlar las emociones y sentimientos.
- Aceptación de responsabilidad: Reconocimiento del papel que se ha tenido frente a las diferentes situaciones.
- Escape/Evitación: Empleo de pensamiento imaginario, se buscan diferentes actividades para evadir la situación específica.
- Reevaluación positiva: Rescatar los posibles aspectos positivos que haya tenido la situación. (21)

Por otro lado, Londoño, describe 12 estrategias de afrontamiento que se explican a continuación, basado en Lazarus y Folkman, los cuales explican que cuando una persona se ve sometida a una situación estresante atraviesa por tres procesos. En primer lugar, se hace una evaluación primaria en la que el sujeto percibe la situación como una amenaza para sí mismo, a continuación, se produce una evaluación secundaria durante la cual surge en la mente una respuesta potencial ante dicha amenaza; por último, se da el afrontamiento como tal, es decir, se lleva a cabo la respuesta.

- Solución de problemas: La persona planifica una serie de acciones con el objetivo de encontrar una solución al problema, teniendo en cuenta el momento oportuno para ejecutarlas, utilizando estrategias cognitivas y racionales que contribuyan a alterar la situación y resolver el problema.
- Apoyo social: Es una estrategia que hace referencia al apoyo que se recibe por parte de amigos, familiares u otros con quien haya un vínculo de afecto, ya que el apoyo emocional por partes de estos es una estrategia para enfrentar la

situación y/o emociones causantes del conflicto. Además, el apoyo social contribuye a prevenir, reducir o eliminar el estrés ayudando al sujeto a afrontar más adaptativamente la situación problema.

-Espera: Es el nivel de creencia de que la situación se resolverá a medida que el tiempo pasa, es decir, pensar que esperar contribuirá positivamente a mejorar la situación.

-Religión: Es una estrategia donde se considera el rezo y la oración como una ayuda para tolerar o para generar soluciones ante el problema, es utilizada como medio para soportar el problema o para buscar soluciones en ella.

-Evitación emocional: Está orientada a ocultar o inhibir las emociones y sentimientos, evitando así la expresión de todo aquello que el individuo considera que no es apropiado o que no es aceptado en la sociedad.

-Apoyo profesional: Es la búsqueda de conocimiento más amplio del tema por parte del individuo en profesionales en el área de interés para encontrar alternativas que le ayuden a resolver la situación y mejorar la percepción de esta.

-Reacción agresiva: Esta estrategia permite hacer una descarga emocional, esencialmente de la ira, mediante una expresión impulsiva de la misma dirigida hacia las demás personas, los objetos e incluso hacia sí mismo.

-Evitación cognitiva: La persona busca distraerse con otras actividades o tener pensamientos que no estén relacionados a la situación estresante con el fin de evitar sentirse perturbada, en pocas palabras, la persona evita pensar en el problema.

-Reevaluación positiva: Esta estrategia se caracteriza por el optimismo que permite tolerar la situación estresante y enfrentarla pues la persona busca sus aspectos positivos y aprende de esta. La reevaluación positiva permite cambiar la manera en que se vive la situación sin distorsionar la realidad.

-Expresión de la dificultad de afrontamiento: Hace referencia a la orientación que tiene la persona a expresar las dificultades que se le presentan a la hora de enfrentar la situación problemática.

-Negación: Se refiere a una valoración distorsionada del problema o la no aceptación de este, es decir, la persona se comporta como si este no existiera, alejándose de él tanto de manera cognitiva como conductual con la finalidad de poder tolerarlo.

-Autonomía: Tendencia de la persona a enfrentar el problema por sí misma evitando buscar apoyo en otras personas.(20)

Cabe considerar, por otra parte, los estilos de afrontamiento mencionados por Carver y Scheier, como “aquellas predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones y son los que determinaran el uso de ciertas estrategias de afrontamiento, así como su estabilidad temporal y situacional”. Hay personas con un estilo confrontativo (activo, vigilante), que buscan información o actúan directamente ante cualquier problema, mientras que otras tienen una tendencia de evitación (pasiva, minimizadora). En general, el afrontamiento activo es adaptativo, y el evitativo es desadaptativo; sin embargo, hay situaciones en que la “actividad” es desadaptativa, o la “pasividad” adaptativa, según su efectividad ante determinada situación. (21)

En relación con este tema, Lazarus y Folkman, plantean que existen al menos dos amplios estilos diferentes de afrontamiento: "afrontamiento focalizado en el problema", que hace referencia a “los esfuerzos dirigidos a modificar las solicitudes o eventos ambientales causantes del estrés, intentando solucionar el problema o al menos disminuir su impacto”; y el "afrontamiento focalizado en las emociones", que implica realizar “esfuerzos para aminorar o eliminar los sentimientos negativos causados por las condiciones estresantes”. Mientras que Frydenberg y Lewis incorporan una tercera categoría a tales estilos, denominada "afrontamiento de evitación", que involucra evadir el problema, no prestando atención a él o distrayéndose con otras actividades o conductas.(22) Por tanto, se puede concluir que el elemento esencial para una buena adaptación al evento es la flexibilidad en el uso de estrategias de afrontamiento, la capacidad de no utilizar una sola estrategia y cambiarla si resulta ineficaz.(23)

2.2 Marco referencial

Actitud del profesional de enfermería frente a la muerte de un paciente

Una investigación realizada en la ciudad de Cúcuta tuvo el fin de determinar la actitud de los profesionales de enfermería ante la muerte de un paciente. El instrumento utilizado fue el perfil revisado de actitudes hacia la muerte de (Wong, Reker, Gesser, 1988). La población estuvo constituida por 35 enfermeros (as) que trabajan en la clínica IPS Unipamplona.

De los 35 enfermeros que se incluyeron en la investigación se pudo determinar las dimensiones de las actitudes hacia la muerte encontrando que el porcentaje más alto obtenido correspondió a la dimensión de aceptación neutral con un 62,9% donde la percepción de muerte se halla relacionada con que ésta no es temida ni bienvenida. En segundo lugar, se destacan las actitudes de evitación de la muerte, con un promedio de 45,6% en el cual simplemente no se habla de ella. En tercer lugar, correspondió a las actitudes de aceptación de

acercamiento con un 40%, la cual está caracterizada por una percepción de la vida como una etapa feliz y la transición a la muerte es vista de la misma manera por los individuos. En cuarto lugar, lo ocupan las actitudes de aceptación de escape hacia la muerte, con un 31,4% donde la muerte es apreciada como un escape de una existencia dolorosa y por último se hallan las actitudes de miedo a la muerte con un 20% donde la visión de la muerte está en función de pensamientos y sentimientos negativos.

La dimensión de aceptación de la muerte en los enfermeros fue predominante, demostrando que las actitudes hacia la muerte si influyen mucho en las enfermeras porque a pesar de que en su diaria labor ver morir es normal, la muerte no deja de ser un acontecimiento que produce ambivalencia, debido a que la muerte no es temida, pero tampoco es bienvenida. (24)

Otra de las investigaciones realizada en Tabasco, México, tuvo como objetivo explorar las actitudes que muestra el profesional de enfermería que labora en áreas hospitalarias críticas ante el proceso de la muerte de pacientes. Empleo una muestra de 71 enfermeras profesionales que laboran en áreas críticas de dos hospitales de alta especialidad. El instrumento se utilizó fue "Actitudes ante la muerte" (CAM-2). Dentro de los resultados se encontró que el 67% de los profesionales que participaron en el estudio mostraron una actitud de indiferencia ante la muerte, solo un 9.9% muestra una actitud positiva. Un 46.5% manifiesta que pensar en la muerte les genera ansiedad y temor, mientras que el 39.4% ve la muerte de los pacientes como algo natural. Como conclusiones, "el personal de enfermería posee sentimientos de indiferencia ante el cuidado del paciente ante la muerte, sin embargo, consideran que aceptar su propia muerte los lleva a cuidar con más libertad". (25)

Por otra parte, un estudio tuvo como propósito valorar la actitud de los profesionales de enfermería ante la muerte de pacientes, relacionándola con factores que la condicionan, como también identificar instancias de preparación en esta temática. La muestra estuvo constituida por 157 profesionales de enfermería de los hospitales Guillermo Grant Benavente de Concepción y Las Higueras de Talcahuano. Para recolectar la información se utilizó un instrumento con tres escalas: la primera, para Características bio-sociodemográficas, la segunda, Escala de Medición de Actitud ante la Muerte, y el tercero, el Cuestionario de Actitud hacia la Muerte (CAM). Se logró concluir que es muy importante la creación de espacios físicos adecuados en los hospitales para la atención del paciente que está en la fase final de su vida, así como también instancias de apoyo psicológico, emocional para los profesionales que enfrentan constantemente la muerte de pacientes. También se afirma que es indispensable mejorar la preparación de pregrado y durante el desarrollo

profesional, “para reafirmar una actitud positiva que se refleje en una mejor atención y que disminuyan temores y ansiedad de las personas”. (3)

En relación con este tema, se realizó otro estudio para describir la actitud y el nivel de afrontamiento ante la muerte, en los profesionales de enfermería de las Unidades de Oncología, Hematología y Cuidados Paliativos del Complejo Asistencial Universitario de León, en España. El instrumento que se utilizó fue el cuestionario “Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte (PAM-R)” y la “Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte”. En total fueron 56 los participantes. En los resultados se encontró que un 27% de los enfermeros presentan un buen afrontamiento ante la muerte. Por servicios, un 47% de los profesionales de Paliativos presentan un buen afrontamiento, un 12% en Oncología y un 14% en Hematología.

“El personal de enfermería del Servicio de Paliativos presenta un mejor afrontamiento que el personal de Oncología y Hematología. La población de estudio entiende la muerte como un aspecto natural de la vida y no cree que la solución a los problemas de la vida sea la muerte. Una mayor formación mejoraría tanto la actitud como el afrontamiento en el personal de enfermería, lo cual conllevaría una mejor atención a los pacientes y familiares”. (25)

Una investigación hecha en el hospital de Valdepeñas (Ciudad Real), tuvo como objetivo evaluar el nivel de afrontamiento del personal de enfermería ante la muerte en Unidades de Cuidados Paliativos y de Oncología. Se utilizó un instrumento constituido por tres escalas: cuestionario sociodemográfico, Escala de Bugen y Perfil Revisado de Actitudes ante la muerte. Los resultados arrojaron que un 37% de los profesionales presenta un mal afrontamiento de la muerte. El 60% considera que su formación es inadecuada para proporcionar cuidados al paciente terminal. El 83.1% manifestó no tener sistemas de apoyo por parte de la Institución. Su pudo concluir que los profesionales estudiados requieren mejorar su nivel de afrontamiento ante la muerte, pues se puso en evidencia la necesidad de una formación sólida en Cuidados Paliativos para lograr competencias de afrontamiento. (7)

Estrategias de afrontamiento en enfermeras de salud mental y satisfacción laboral

El presente estudio tuvo como objetivos conocer las estrategias de afrontamiento que usan un grupo de profesionales de enfermería y comprobar cuáles de ellas van en línea con la satisfacción laboral. Se tomó una muestra de 44 enfermeras del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga. Los resultados ponen de manifiesto que “las enfermeras de salud mental no usan en su mayoría estrategias adaptativas. No obstante, existe una correlación positiva entre el uso de estrategias adaptativas,

principalmente resolución de problemas y satisfacción laboral. Estos hallazgos sugieren la necesidad de formación y entrenamiento en el uso de estrategias de afrontamiento”.(26)

Actitudes de las enfermeras frente a la muerte de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos

El objetivo de este estudio fue describir las actitudes hacia la muerte en un grupo de enfermeras que laboraban en una unidad de cuidado intensivo de alta complejidad de Bucaramanga, la muestra estuvo constituida por 17 enfermeras; el instrumento que se aplicó fue el perfil revisado de actitudes hacia la muerte.

“El promedio general de la escala de actitud hacia la muerte fue $133,53 \pm 21,50$. La actitud con mayor promedio fue la de aceptación de acercamiento con $48,17 \pm 12,64$, seguida por la actitud de aceptación neutral con $28,94 \pm 4,62$ y miedo a la muerte con $23,0 \pm 7,42$. Existe una correlación moderada y directa entre el promedio general de la escala de actitudes hacia la muerte y los años de trabajo en el servicio, $RHO = 0,59$, $p = 0,016$.”

Dentro de las actitudes hacia la muerte de los participantes del presente estudio, la que tuvo mayor predominio fue la de aceptación de acercamiento. Además, se pudo establecer que existe una correlación moderada y directa entre el promedio general de la escala de actitudes hacia la muerte y los años de trabajo en UCI.(27)

En otra investigación similar se buscó determinar la actitud de la enfermera ante la muerte de la persona en la unidad de cuidados intensivos. La muestra estuvo constituida por 30 profesionales de enfermería que laboraban en una institución de segundo nivel en el estado de Durango, México. Se utilizó el Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (CAM). “Este incluye 33 reactivos, agrupados para su interpretación en seis sub-escalas: evitación, aceptación, temor, pasaje, salida y perspectiva profesional”. Los resultados permitieron concluir que el profesional de enfermería está preparado para cuidar la vida, y acepta la muerte como un hecho inevitable. No obstante, desde la perspectiva profesional del personal de enfermería, la muerte es considerada como un alivio, “al ver la carga que evidencian los familiares del paciente en su proceso final”. (28)

Otra investigación realizada tuvo como objetivo interpretar la perspectiva subjetiva, de las enfermeras, ante la muerte de los pacientes y generar elementos que permitan una explicación sociocultural. La población estudiada fueron 17 enfermeras profesionales que laboraban en los servicios de terapia Intensiva, o que en un periodo anterior reciente hubiesen estado a cargo de pacientes en estado crítico y que acompañaron en el proceso de morir. Con la obtención de los resultados se pudo concluir que:

-Las actitudes que vivencian las enfermeras de la unidad de terapia intensiva con respecto a la muerte de los pacientes dependen de factores relacionados con la edad del paciente, el vínculo creado y la patología de este generando estos diferentes sentimientos y actitudes.

-Las herramientas utilizadas para el afrontamiento de esta situación son escasas, ocasionando estrés en el ámbito laboral.

-La actitud ante el cuidado paliativo se observa que está centrada en el cuidado de la dignidad, la satisfacción de sus necesidades y a la contención del paciente y la familia.

-Enfermería se dedica al cuidado durante toda su carrera o la mayor parte de esta; pero la pregunta final sería: ¿quién cuida al enfermero? ¿Quién cuida lo invisible, lo que no vemos del profesional? (29)

Un estudio adicional de igual importancia tuvo como objetivo identificar la actitud del profesional de enfermería frente a la muerte en la Unidad de cuidados intensivos adulto del Hospital Nacional Cayetano Heredia. La población estuvo conformada por 20 profesionales de enfermería. El instrumento que se utilizó fue el cuestionario CAM (cuestionario de actitudes ante la muerte). Posteriormente, se sumaron los puntajes y se determinó el tipo de actitud de los encuestados: 18 - 33 puntos: Actitud positiva ante la muerte, 17 puntos: Actitud indiferente ante la muerte, 0 - 16 puntos: Actitud negativa ante la muerte.(30)

Además, otra revisión tuvo por objeto investigar la literatura existente acerca de las distintas estrategias de afrontamiento que llevan a cabo las enfermeras que trabajan en unidades de cuidados intensivos. Para esta revisión se empleó la herramienta de búsqueda de la Universidad de La Laguna, el PuntoQ. Se logró concluir “que existe una gran variedad de estrategias que pueden ser utilizadas por parte de las enfermeras para afrontar la muerte de sus pacientes, y no solo de Unidades de Cuidados Intensivos. Asimismo, se pueden dividir las estrategias de afrontamiento desde diferentes enfoques (afrontamiento de compromiso o falta de éste, estrategias de afrontamiento primarias o secundarias) o según en lo que se centre la persona cuando las realiza (centrado en el problema o en la emoción)”. (31)

También se llevó a cabo un análisis de la producción científica nacional en Brasil sobre la experiencia del equipo de enfermería ante la muerte de los pacientes críticos. Se empleó el método de revisión integral de la literatura donde se analizaron 14 artículos; fueron divididos en dos categorías:

“1-El proceso de muerte y morir: praxis y significados; 2- La cualificación del enfermero en su proceso de formación ante la temática muerte y el morir. El estudio identificó que existe una deficiencia en el aprendizaje de los profesionales para el proceso de la muerte y el morir, causando sufrimiento del equipo de enfermería, lo que influye en la calidad de la atención prestada a los

pacientes y a sus familias. En este sentido, es importante realizar investigaciones acerca de esta temática para la ampliación del conocimiento y (re)deconstrucción de los paradigmas existentes”. (2)

De la misma forma, una investigación intentó interpretar la perspectiva subjetiva, los sentimientos y actitudes ante la muerte de las enfermeras y generar elementos que permitieran una explicación sociocultural sobre la muerte de los pacientes en las unidades de terapia intensiva. La población estudiada estuvo conformada por 17 enfermeras, cuyas edades oscilan entre 20 y 45 años, que desempeñaban sus labores en el área de cuidados críticos en el Sanatorio Allende sede Nueva Córdoba, con una antigüedad superior a un año. Después del análisis de los resultados se pudo concluir lo siguiente: “Las actitudes que vivencian las enfermeras de la unidad de terapia intensiva con respecto a la muerte de los pacientes depende de factores relacionados con la edad del paciente, el vínculo creado y la patología de este generando estos diferentes sentimientos y actitudes. Las herramientas utilizadas para el afrontamiento de esta situación son escasas, ocasionando estrés en el ámbito laboral”.(29)

2.3 Marco legal

En este contexto, es prudente mencionar que la muerte puede darse de diversas maneras en cuanto a aspectos legales en Colombia; La resolución 971 de 2021 por medio de la cual se establece “el procedimiento de recepción, trámite y reporte de solicitudes de eutanasia, así como las directrices para la organización y funcionamiento del Comité para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad a través de esta” la cual puede definirse como una muerte que es solicitada a un médico de manera particular para situaciones en donde una persona con enfermedad terminal, incurable o que le está generando sufrimiento, dolor, considere que su vida no puede continuar de esa forma.

En otra instancia, la incertidumbre, el estrés que conlleva las dificultades en la atención médica al momento de cuidado de pacientes con estados de salud críticos, exige una especial atención a las necesidades de apoyo emocional del personal sanitario. Cuidarse a sí mismo favorece el desarrollo de las capacidades para cuidar a los pacientes. (32) Por tal motivo, la realización de intervenciones psicológicas con el personal que trabaja en los servicios de salud podría evitar el desarrollo de problemáticas a nivel de salud mental y lograr una mejor gestión e integración de las situaciones experimentadas, en este caso, la muerte de los pacientes.(33)

Dentro de este marco, para garantizar el derecho a la atención oportuna en salud mental, se proclama la Ley 1616 del 2013 de la que se deriva que: “el Estado a

través del Sistema General de Seguridad Social en Salud, brindará la atención integrada para la promoción y la prevención de los trastornos mentales con intervenciones que logren impactar los factores de riesgo y la identificación de los factores protectores orientados a fortalecer el autocuidado, así como al fortalecimiento de estrategias individuales y colectivas que propendan por la calidad de vida y el bienestar integral”.

Cabe considerar, por otra parte, lo pactado en la Resolución 2646 (2008), establece “disposiciones y responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, e intervención permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y, para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional, se definen criterios para la intervención psicosocial, entre los cuales se mencionan”:

- Compromiso de la gerencia y de los trabajadores.
- Priorización de eventos con impacto negativo.
- Inclusión de prioridades de intervención señaladas por literatura científica.
- Inclusión de actividades educativas o formativas con los trabajadores.
- Integración de las acciones a los sistemas de gestión en salud y seguridad.
- Desarrollo de programas para intervención en crisis. - Implementación de medidas preventivas del acoso laboral entre otras. (34)

Generar acciones para los profesionales de la salud en estas situaciones supone transmitir un mensaje de valor hacia el trabajador, después de todo el objetivo de dichas intervenciones radica en cuidarles y preservar su bienestar. (33)

2.4 Marco disciplinar

Callista Roy, nació en 1939 en los Ángeles, California, realizó estudios de posgrado en enfermería pediátrica, hacia el año de 1963. En uno de sus seminarios en su proceso formativo de maestría, junto con Dorothy Johnson, quien fue su asesora, desarrolló los principios de un modelo conceptual de enfermería, basada en su experiencia en el área de pediatría en el que tuvo en cuenta la capacidad de recuperación y adaptación a cambios físicos y psicológicos por parte del niño. Posteriormente en el año de 1977 realizó su doctorado en Sociología. De su experiencia profesional y formativa se derivaron sus primeras publicaciones en 1970, un artículo titulado “Adaptación: Un marco conceptual para enfermería”, en 1976 publicó “Introduction to Nursing: An Adaptation Model” (35)

El modelo de Sor Callista Roy es una metateoría ya que utilizó otras teorías para realizarlo (51). Es importante resaltar que, aunque las teorías de enfermería no son

aplicables a los profesionales específicamente, en este caso las fuentes teóricas del modelo de adaptación de Callista Roy se basan en la teoría de sistemas de Von Bertalanffy y en la teoría de la adaptación del psicólogo fisiólogo Harry Helson, las cuales logran dar el enfoque que se busca para el marco disciplinar en cuestión.

“Sus principios filosóficos están enraizados en el humanismo, y en la unidad cósmica, términos que han sido incorporados recientemente por Roy. El modelo se basa en dos pilares teóricos; la adaptación y los sistemas humanos: a) adaptación se refiere al proceso y al resultado por los que, las personas que tienen la capacidad de pensar y sentir como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su ambiente; b) sistema humanos definido como el conjunto de las partes conectado a la función como un todo y que sigue un determinado propósito, actuando en virtud de la interdependencia de las partes”.(35)

El desarrollo del modelo de adaptación de Callista Roy ha servido de base para que estudiantes, docentes y profesionales de enfermería fundamenten la dimensión del cuidado de las personas, como seres adaptativos acordes con la realidad del otro. Dentro de este orden de ideas, Roy describe a las personas “como seres holísticos, con partes que funcionan como unidad con algún propósito, no en una relación causa-efecto”. Roy plasma la idea de que al realizar una valoración de forma exhaustiva permite conocer el proceso de enfermedad, pero a la vez constituye una puerta de entrada para conocer la percepción que tiene la persona a cerca de la situación que está experimentando en el momento, para hacer posible el proceso de su adaptación. Ello permite establecer las estrategias más efectivas para lograr la meta, que, de acuerdo con los planteamientos del modelo, es “promover la adaptación, entendida esta como un estado de bienestar del ser humano”. (36)

Por otro lado, ella describe el nivel de adaptación que representa la condición del proceso vital y se describe en tres niveles: integrado, compensatorio y comprometido:

-Nivel de adaptación integrado: describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que trabajan como un todo, para satisfacer las necesidades humanas. Este nivel puede observarse en una consulta de control de crecimiento y desarrollo, cuando se presenta un niño con un desarrollo psicomotor acorde con su edad y sin ninguna alteración en su estado de salud.

-Nivel de adaptación compensatorio: los mecanismos reguladores y cognitivos se activan, como un reto de los procesos integrados para buscar respuestas adaptativas, procurando restablecer la organización del sistema. Esta puede ser la situación de una persona con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, quien mantiene presiones arteriales de oxígeno bajas y

presiones de CO² elevadas, como un estímulo indispensable para mantener una respuesta adecuada en la función de oxigenación y circulación.

-Nivel de adaptación comprometido: se presenta cuando las respuestas de los mecanismos mencionados son inadecuadas y, por lo tanto, resulta un problema de adaptación. El nivel de adaptación se encuentra comprometido en una gestante con preeclampsia en la cual las respuestas del organismo al estado actual de gestación pueden llegar a comprometer el desarrollo y la vida de la madre y del niño.

La adaptación funciona como especie de amortiguador ante ese estímulo que afecta la vida de aquel que está atravesando el proceso que acaba con el estado total de bienestar. Además, el nivel de adaptación depende de la estructuración de los subsistemas que menciona Roy en su teoría: "regulador y relacionador (cognitivo), que constituyen los mecanismos de afrontamiento de la persona". (37)

En el modelo, Roy define los estímulos como todo aquello que genera una respuesta. Es el punto de interacción del sistema humano con el ambiente. Ella los clasifica así:

- Estímulo focal. "Es el objeto o evento que está presente en la conciencia de la persona. La persona enfoca toda su actividad en el estímulo y gasta energía tratando de enfrentarlo". Este estímulo es el factor que desencadena una respuesta inmediata en el paciente, que puede ser adaptativa o inefectiva, según si promueve o no la adaptación.
- Estímulos contextuales. Son todos aquellos que contribuyen al efecto del estímulo focal. Es decir, ayudan a mejorar o empeorar la situación.
- Estímulos residuales. Son factores ambientales dentro y fuera de los sistemas adaptativos humanos, cuyo efecto no es claro en la situación actual.

También identifica unos estímulos comunes en todas las personas, entre estos se encuentran:

1. Los estímulos culturales, que comprenden el nivel socioeconómico, la etnicidad y el sistema de creencias.
2. Los estímulos familiares, que involucran la estructura y las tareas del grupo familiar.
3. Los estímulos relacionados con la etapa de desarrollo.
4. Los estímulos relacionados con la integridad de los modos adaptativos, con la efectividad del mecanismo cognitivo y el nivel de adaptación.
5. Los estímulos relacionados con el ambiente, tales como los cambios en el ambiente interno y externo, el manejo médico, el uso de drogas, el alcohol, el tabaco, la situación social, política y económica. (36)

El modelo de adaptación de Roy es una teoría de sistemas, con un análisis significativo de las interacciones, que contiene cinco elementos esenciales comprendidos en el metaparadigma:

Persona son sistemas holísticos y adaptables. Como todo sistema adaptable. Los sistemas humanos comprenden a las personas como individuos y como grupos, incluidas familia, organizaciones, comunidades y sociedad en general. Los sistemas humanos tienen la capacidad para pensar y sentir, por lo que se ajustan de manera adecuada a los cambios que se producen en el entorno y, a su vez, influyen en el mismo.

Cuidado o enfermería: Es una profesión que se dedica a la atención sanitaria y que se centra en los procesos humanos vitales y en los modelos que se han de seguir, y da importancia a la promoción de la salud de los individuos, de las familias, de los grupos y de la sociedad en general.

Salud: Es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno.

Entorno: conjunto de todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta de las personas y de los grupos, con una especial consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la tierra, donde se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales. (38)

En términos generales, el propósito del afrontamiento es la reducción de los estímulos fisiológicos y psicológicos nocivos a grados que sean tolerables para adaptarse a las situaciones de estrés; los seres humanos han podido adaptarse a los cambios a lo largo de la vida y la historia, logrando producir ajustes positivos frente a cualquier adversidad, lo que torna el concepto de adaptación, en un aspecto esencial dentro de la enfermería. (39)

Así pues, el modelo se centra en la adaptación del hombre y en los conceptos de persona, salud, enfermería y entorno. Ayuda a priorizar la atención y los retos de los enfermeros para ayudar al paciente, y a ellos mismos como profesionales a sobrevivir a la transformación.(40) Puede decirse que la utilización de los modelos conceptuales en enfermería orienta al profesional sobre la concepción de la práctica de la profesión, le permite identificar los problemas de cuidado y establecer con mayor claridad su campo de acción. “Es indispensable fortalecer la investigación, para unificar criterios frente, los estímulos, el nivel de adaptación, los comportamientos adaptativos e inefectivos, de tal forma que se facilite su utilización en la práctica en el ámbito de la muerte”.(41)

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Determinar el nivel de afrontamiento de los profesionales de enfermería frente a la muerte de los pacientes en unidades de cuidado intensivo en el período 2023-1.

3.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio.
2. Identificar las afirmaciones que favorecen el afrontamiento de los profesionales de enfermería participantes en el estudio, frente a la muerte de los pacientes en Unidad de Cuidado Intensivo.
3. Describir las afirmaciones que representan dificultades para el afrontamiento de los profesionales de enfermería, frente a la muerte de los pacientes en Unidades de Cuidado Intensivo.

4. METODOLOGÍA

4.1 Enfoque de la investigación

Esta investigación se desarrolló a través de un enfoque cuantitativo, con el fin de obtener datos medibles a partir de herramientas informáticas y estadísticas que permitieron el análisis cuantitativo de los datos recolectados y dar cumplimiento a los objetivos propuestos.

4.2 Tipo de investigación

Se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo y de corte transversal. Que buscó determinar las actitudes de afrontamiento ante la muerte de los profesionales de enfermería frente al proceso de fallecimiento de los pacientes a partir de la aplicación de un instrumento validado para la población colombiana.

4.3 Descripción de la población

La población estuvo constituida por profesionales de enfermería que laboran en unidades de cuidado intensivo.

4.4 Criterios de inclusión

- Enfermeros que trabajan en unidades de cuidado intensivo.
- Profesionales que lleven laborando un año o más en unidad de cuidado intensivo y con experiencia en ese entorno laboral.
- Profesionales de enfermería que den su aprobación y consentimiento para participar en la investigación.

4.4.1 Criterios de exclusión

– Profesionales que cursen con un periodo de duelo menor a seis meses.

4.4.2 Selección de muestra

Se tomó una muestra no probabilística por conveniencia de profesionales de enfermería que laboran en unidades de cuidado intensivo de algunas ciudades de Colombia.

4.5 Instrumentos para la recolección de la información

4.5.1 Cuestionario de caracterización sociodemográficas.

Se desarrolló un cuestionario que permitió caracterizar socio-demográficamente la población en cuanto a edad, sexo, escolaridad, tiempo de servicio, tiempo de egresado y religión.

4.5.2 Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte (EBAM)

De acuerdo con la investigación “VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE BUGEN “AFRONTAMIENTO ANTE LA MUERTE” EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA Y MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA, 2019.” realizada por Lizeth de Horta Sánchez, María Camila Ordoñez Mar, Ailyn Stephani Osorio Castillo, Verónica Suarez Ocampo, se empleó como instrumento de recolección de datos en la presente investigación, la Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte (EBAM).

La escala está constituida por 30 ítems, cada uno de ellos se valora en una escala tipo Likert del 1 al 7, de modo que 1 supone estar “totalmente en desacuerdo” y 7 “totalmente de acuerdo”. La puntuación final se consigue invirtiendo el valor de los ítems 13 y 24, y sumando luego todas las puntuaciones. Como se indicó anteriormente, la EBAM se calcula el puntaje final invirtiendo los valores en los ítems 13 y 24, para posteriormente sumar la puntuación con los restantes ítems obteniendo un valor teórico máximo de 210 (todos los ítems estarían marcados con 7) y mínimo de 30 (todos los ítems estarían marcados con 1). (42) En una determinada muestra se hablará de afrontamiento óptimo cuando se obtenga un puntaje entre 157 y 210; afrontamiento intermedio cuando el puntaje sea entre 106 y 156 y afrontamiento inadecuado cuando se puntúe entre 0 y 105.

4.5.3 Variables, tabla de variables

A partir del instrumento que se empleó en la presente investigación “ESCALA DE BUGEN DE AFRONTAMIENTO DE LA MUERTE” se realizó la tabla de variables y un esquema por categorías para clasificar los ítems relacionados a cada una:

Tabla 1

VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CATEGORÍA O VALORES
Sexo	Características fisiológicas y biológicas que distinguen a un individuo.	Cualitativo	Nominal	-----	1.Femenino 2.Masculino 3.No binario
Edad	Número de años cumplidos a la fecha.	Cuantitativo	Razón	Edad	-----
Escolaridad	Máximo grados de estudios aprobados.	Cualitativo	Ordinal	-----	1.Universitario 2.Especialista 3.Magister 4.Doctor 5.Otro
Tiempo de egresado	Tiempo que lleva desde que culminó los estudios.	Cualitativo	Ordinal	-----	a. 1 a 3 años b. 4 a 7 años c. 7 a 10 años d. más de 10 años
Tiempo de servicio	Tiempo que lleva laborando en UCI.	Cualitativo	Ordinal	-----	a. 1 a 3 años b. 4 a 7 años c. 7 a 10 años d. más de 10 años
Religión	Creencias o dogmas acerca de la divinidad.	Cualitativo	Nominal	-----	1. católico 2.adventista del séptimo día 3.Pentecostal 4. Evangélico

					5. Testigo de Jehová 6. Ninguna 7. Otra
1. Pensar muerte.	Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo.	Cualitativo	Ordinal	-----	7. Totalmente de acuerdo 6. Bastante de acuerdo. 5. Algo de acuerdo 4. Indeciso 3. Algo en desacuerdo 2. Bastante en desacuerdo 1. Totalmente en desacuerdo.
2. Perspectiva de la muerte.	Tengo una buena perspectiva de la muerte y del proceso de morir.	Cualitativo	Ordinal	-----	7. Totalmente de acuerdo 6. Bastante de acuerdo. 5. Algo de acuerdo 4. Indeciso 3. Algo en desacuerdo 2. Bastante en desacuerdo 1. Totalmente en desacuerdo.
3. La muerte área sin peligro.	La muerte es un área que se puede tratar sin peligro.	Cualitativo	Ordinal	-----	7. Totalmente de acuerdo 6. Bastante de acuerdo. 5. Algo de acuerdo 4. Indeciso 3. Algo en desacuerdo 2. Bastante en desacuerdo 1. Totalmente en desacuerdo.

4.Servicios funerarios.	Estoy enterado de los servicios que ofrecen las funerarias.	Cualitativo	Ordinal	-----	7. Totalmente de acuerdo 6. Bastante de acuerdo. 5. Algo de acuerdo 4. Indeciso 3. Algo en desacuerdo 2. Bastante en desacuerdo 1. Totalmente en desacuerdo.
5.Disposición de los cuerpos.	Estoy enterado de las diversas opciones que existen para disponer de los cuerpos.	Cualitativo	Ordinal	-----	7. Totalmente de acuerdo 6. Bastante de acuerdo. 5. Algo de acuerdo 4. Indeciso 3. Algo en desacuerdo 2. Bastante en desacuerdo 1. Totalmente en desacuerdo.
6.Emociones del duelo humano.	Estoy enterado de todas las emociones que caracterizan al duelo humano.	Cualitativo	Ordinal	-----	7. Totalmente de acuerdo 6. Bastante de acuerdo. 5. Algo de acuerdo 4. Indeciso 3. Algo en desacuerdo 2. Bastante en desacuerdo 1. Totalmente en desacuerdo.
7.Muerte no afecta mi conducto de vida.	Tener la seguridad de que moriré no afecta de ninguna	Cualitativo	Ordinal	-----	7. Totalmente de acuerdo 6. Bastante de acuerdo.

	manera a mi conducta en la vida.				5. Algo de acuerdo 4. Indeciso 3. Algo en desacuerdo 2. Bastante en desacuerdo 1. Totalmente en desacuerdo.
8. Afrontamiento muerte	Me siento preparado para afrontar mi muerte.	Cualitativo	Ordinal	-----	7. Totalmente de acuerdo 6. Bastante de acuerdo. 5. Algo de acuerdo 4. Indeciso 3. Algo en desacuerdo 2. Bastante en desacuerdo 1. Totalmente en desacuerdo.
9. Afrontamiento proceso de morir	Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir.	Cualitativo	Ordinal	-----	7. Totalmente de acuerdo 6. Bastante de acuerdo. 5. Algo de acuerdo 4. Indeciso 3. Algo en desacuerdo 2. Bastante en desacuerdo 1. Totalmente en desacuerdo.
10. Miedo a la muerte	Entiendo mis miedos relacionados con la muerte.	Cualitativo	Ordinal	-----	7. Totalmente de acuerdo 6. Bastante de acuerdo. 5. Algo de acuerdo 4. Indeciso 3. Algo en desacuerdo

					2. Bastante en desacuerdo 1. Totalmente en desacuerdo.
11.Arreglos funerales	Estoy familiarizado con los arreglos previos al funeral.	Cualitativo	Ordinal	-----	7. Totalmente de acuerdo 6. Bastante de acuerdo. 5. Algo de acuerdo 4. Indeciso 3. Algo en desacuerdo 2. Bastante en desacuerdo 1. Totalmente en desacuerdo.
12.Pensamientos sobre la muerte.	Últimamente creo que está bien pensar en la muerte.	Cualitativo	Ordinal	-----	7. Totalmente de acuerdo 6. Bastante de acuerdo. 5. Algo de acuerdo 4. Indeciso 3. Algo en desacuerdo 2. Bastante en desacuerdo 1. Totalmente en desacuerdo.
13.Actitud vida	Mi actitud respecto a la vida ha cambiado recientemente.	Cualitativo	Ordinal	-----	7. Totalmente de acuerdo 6. Bastante de acuerdo. 5. Algo de acuerdo 4. Indeciso 3. Algo en desacuerdo 2. Bastante en desacuerdo 1. Totalmente en desacuerdo.

14. Expresar miedos	Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte.	Cualitativo	Ordinal	-----	7. Totalmente de acuerdo 6. Bastante de acuerdo. 5. Algo de acuerdo 4. Indeciso 3. Algo en desacuerdo 2. Bastante en desacuerdo 1. Totalmente en desacuerdo.
15. Instintos	Puedo poner palabras a mis instintos respecto a la muerte y el proceso de morir.	Cualitativo	Ordinal	-----	7. Totalmente de acuerdo 6. Bastante de acuerdo. 5. Algo de acuerdo 4. Indeciso 3. Algo en desacuerdo 2. Bastante en desacuerdo 1. Totalmente en desacuerdo.
16. Aprovechamiento de la vida actual	Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual.	Cualitativo	Ordinal	-----	7. Totalmente de acuerdo 6. Bastante de acuerdo. 5. Algo de acuerdo 4. Indeciso 3. Algo en desacuerdo 2. Bastante en desacuerdo 1. Totalmente en desacuerdo.
17. Calidad de vida	Me importa más la calidad de vida que su duración.	Cualitativo	Ordinal	-----	7. Totalmente de acuerdo 6. Bastante de acuerdo.

					5. Algo de acuerdo 4. Indeciso 3. Algo en desacuerdo 2. Bastante en desacuerdo 1. Totalmente en desacuerdo.
18. Muerte familia amigos	Puedo hablar de mi muerte con mi familia y mis amigos.	Cualitativo	Ordinal	-----	7. Totalmente de acuerdo 6. Bastante de acuerdo. 5. Algo de acuerdo 4. Indeciso 3. Algo en desacuerdo 2. Bastante en desacuerdo 1. Totalmente en desacuerdo.
19. Contacto evento de muerte	Sé con quién contactar cuando se produce una muerte.	Cualitativo	Ordinal	-----	7. Totalmente de acuerdo 6. Bastante de acuerdo. 5. Algo de acuerdo 4. Indeciso 3. Algo en desacuerdo 2. Bastante en desacuerdo 1. Totalmente en desacuerdo.
20. Pérdidas futuras	Seré capaz de afrontar pérdidas futuras.	Cualitativo	Ordinal	-----	7. Totalmente de acuerdo 6. Bastante de acuerdo. 5. Algo de acuerdo 4. Indeciso 3. Algo en desacuerdo

					2. Bastante en desacuerdo 1. Totalmente en desacuerdo.
21. Muerte de seres cercanos	Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí.	Cualitativo	Ordinal	-----	7. Totalmente de acuerdo 6. Bastante de acuerdo. 5. Algo de acuerdo 4. Indeciso 3. Algo en desacuerdo 2. Bastante en desacuerdo 1. Totalmente en desacuerdo.
22. Escucha	Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales.	Cualitativo	Ordinal	-----	7. Totalmente de acuerdo 6. Bastante de acuerdo. 5. Algo de acuerdo 4. Indeciso 3. Algo en desacuerdo 2. Bastante en desacuerdo 1. Totalmente en desacuerdo.
23. Muerte niños	Sé cómo hablar con los niños de la muerte.	Cualitativo	Ordinal	-----	7. Totalmente de acuerdo 6. Bastante de acuerdo. 5. Algo de acuerdo 4. Indeciso 3. Algo en desacuerdo 2. Bastante en desacuerdo 1. Totalmente en desacuerdo.

24. Palabras inapropiadas duelo	Puedo decir algo inapropiado cuando estoy con alguien que sufre un duelo.	Cualitativo	Ordinal	-----	7. Totalmente de acuerdo 6. Bastante de acuerdo. 5. Algo de acuerdo 4. Indeciso 3. Algo en desacuerdo 2. Bastante en desacuerdo 1. Totalmente en desacuerdo.
25. Tiempo moribundos	Puedo pasar tiempo con los moribundos si lo necesito.	Cualitativo	Ordinal	-----	7. Totalmente de acuerdo 6. Bastante de acuerdo. 5. Algo de acuerdo 4. Indeciso 3. Algo en desacuerdo 2. Bastante en desacuerdo 1. Totalmente en desacuerdo.
26. Ayuda en proceso de morir y muerte	Puedo ayudar a la gente con sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir.	Cualitativo	Ordinal	-----	7. Totalmente de acuerdo 6. Bastante de acuerdo. 5. Algo de acuerdo 4. Indeciso 3. Algo en desacuerdo 2. Bastante en desacuerdo 1. Totalmente en desacuerdo.
27. Hablar de la muerte	Sería capaz de hablar con un amigo o con un miembro de mi	Cualitativo	Ordinal	-----	7. Totalmente de acuerdo 6. Bastante de acuerdo.

	familia sobre su muerte.				5. Algo de acuerdo 4. Indeciso 3. Algo en desacuerdo 2. Bastante en desacuerdo 1. Totalmente en desacuerdo.
28. Ansiedad muerte proceso de morir	Puedo disminuir la ansiedad de aquellos que están a mí alrededor cuando el tema es la muerte y el proceso de morir.	Cualitativo	Ordinal	-----	7. Totalmente de acuerdo 6. Bastante de acuerdo. 5. Algo de acuerdo 4. Indeciso 3. Algo en desacuerdo 2. Bastante en desacuerdo 1. Totalmente en desacuerdo.
29. Comunicación moribundos	Me puedo comunicar con los moribundos.	Cualitativo	Ordinal	-----	7. Totalmente de acuerdo 6. Bastante de acuerdo. 5. Algo de acuerdo 4. Indeciso 3. Algo en desacuerdo 2. Bastante en desacuerdo 1. Totalmente en desacuerdo.
30. Expresar sentimientos antes de morir	Puedo decir a la gente, antes de que ellos o yo muramos, cuánto los quiero.	Cualitativo	Ordinal	-----	7. Totalmente de acuerdo 6. Bastante de acuerdo. 5. Algo de acuerdo 4. Indeciso 3. Algo en desacuerdo

					2. Bastante en desacuerdo 1. Totalmente en desacuerdo.
--	--	--	--	--	---

Tabla 2

CATEGORÍA	ÍTEMS RELACIONADOS
Pensar en la muerte	1. Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo. 2. Tengo una buena perspectiva de la muerte y del proceso de morir. 3. La muerte es un área que se puede tratar sin peligro. 12. Últimamente creo que está bien pensar en la muerte. 26. Puedo ayudar a la gente con sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir.
Emociones ante la muerte	6. Estoy enterado de todas las emociones que caracterizan al duelo humano. 10. Entiendo mis miedos relacionados con la muerte. 14. Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte. 30. Puedo decir a la gente, antes de que ellos o yo muramos, cuánto los quiero.
Mi muerte y la de seres queridos	8. Me siento preparado para afrontar mi muerte. 9. Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir. 20. Seré capaz de afrontar pérdidas futuras. 21. Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí.
Arreglos funerarios	4. Estoy enterado de los servicios que ofrecen las funerarias. 5. Estoy enterado de las diversas opciones que existen para disponer de los cuerpos. 11. Estoy familiarizado con los arreglos previos al funeral.
Hablar de la muerte	15. Puedo poner palabras a mis instintos respecto a la muerte y el proceso de morir. 18. Puedo hablar de mi muerte con mi familia y mis amigos. 23. Sé cómo hablar con los niños de la muerte. 27. Sería capaz de hablar con un amigo o con un miembro de mi familia sobre su muerte.
Interacción con los moribundos	22. Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales

	25. Puedo pasar tiempo con los moribundos si lo necesito. 29. Me puedo comunicar con los moribundos
Apoyo ante un proceso de muerte	19. Sé con quién contactar cuando se produce una muerte. 24. Puedo decir algo inapropiado cuando estoy con alguien que sufre un duelo 28. Puedo disminuir la ansiedad de aquellos que están a mí alrededor cuando el tema es la muerte y el proceso de morir.
Actitud hacia la vida	7. Muerte no afecta mi conducto de vida. 13. Mi actitud respecto a la vida ha cambiado recientemente. 16. Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual. 17. Me importa más la calidad de vida que su duración.

4.6 Análisis de confiabilidad del instrumento

De acuerdo con la investigación “VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE BUGEN “AFRONTAMIENTO ANTE LA MUERTE” EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA Y MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA, 2019.”, realizada por Lizeth Sánchez, María Ordoñez, Ailyn Osorio, Verónica Suarez, realizado en Colombia, se logró establecer la confiabilidad de las propiedades psicométricas de la Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte (EBAM). Se generó el análisis de la consistencia interna, correspondiendo a un coeficiente de Cronbach: = 0,812, concluyendo que se trata de un instrumento altamente confiable.(42)

4.7 Control de errores y sesgos

Durante el trabajo investigativo, se tomaron en cuenta diferentes sesgos, los cuales podían afectar la recolección de información y resultados obtenidos, entre ellos encontramos:

- Sesgo de selección: Este sesgo se logró disminuir, al aplicar rigurosamente los criterios de inclusión y exclusión escogidos por las investigadoras, se controló el riesgo que genera una selección de muestra no probabilística por conveniencia; para ello se solicitó la participación de enfermeros que laboran en unidades de cuidado intensivo de algunas ciudades de Colombia. (43)

- Sesgo de información: con el objetivo de disminuir la probabilidad de sesgos en el encuestador, relacionados con interpretación, falta de información o coacción; se realizó un proceso de estandarización en la forma de realizar las preguntas y el significado de cada una de ellas, con información clara y oportuna, para que al momento de recoger los datos existiera unidad en los criterios de la investigación. (43)

4.8 Estrategias de análisis de datos

El análisis se realizó con medidas estadísticas descriptivas tales como: medidas de tendencia central (media, moda, mediana, media aritmética) para las variables cuantitativas y un análisis por distribución de frecuencias para las variables cualitativas; a través de estas se obtuvo el análisis que dio respuesta a los objetivos de investigación, este análisis se realizó a partir del paquete de office Excel y los resultados se presentaron por medio de gráficos.

4.9 Aspectos Éticos de la investigación

En concordancia con la Declaración de Helsinki, adoptada en la capital finlandesa por la Asamblea General de 1964 de la Asociación Médica Mundial (World Medical Association, WMA), considerado como el “documento internacional más importante de regulación de la investigación en seres humanos desde el código de Nürenberg de 1947”, es preciso afirmar que el progreso de la medicina se basa en la investigación, la cual, tiene que recurrir muchas veces a la experimentación en seres humanos, donde la preocupación por el bienestar de los mismos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales, es por eso por lo que la presente investigación fue revisada y aprobada por el comité de ética de investigación de la Corporación Universitaria Adventista.(44)

4.9.1 Nivel 1. De los principios éticos

Se identificaron aspectos éticos a tomar en cuenta para llevar a cabo de manera oportuna el estudio:

Diseño

- Beneficencia: no hacer daño. Esta investigación tuvo el propósito de conocer las conductas de afrontamiento de los profesionales de enfermería frente a la muerte de los pacientes en unidades de cuidado intensivo de Medellín en el periodo 2023-1
- Autonomía: reconocimiento de los participantes como seres autónomos, con capacidad de autodeterminarse.
- Justicia: se consideró que los resultados de esta investigación serán de gran beneficio para la comunidad de enfermería e impactarán positivamente en el ejercicio de la profesión.
- Respeto a los participantes y al manejo de la información que sea suministrada a las investigadoras

Análisis

La confidencialidad, es indispensable para llevar a cabo el análisis de la información recolectada durante la investigación, no se reveló la identidad de las participantes ni se indicó de quienes fueron obtenidos los datos.

Trabajo de campo

Para el desarrollo adecuado del proyecto se contempló lo establecido en la Ley 911 de 2004, sobre la responsabilidad del profesional de enfermería en investigación. Se les proporcionó a los participantes un consentimiento informado como autorización para el uso de los datos suministrados.

Publicación

- El equipo investigador reunió las condiciones de idoneidad para su desarrollo. No se mencionó la identidad de los participantes (43)

4.9.2 Nivel 2. De las normas éticas

La presente investigación se enmarcó en la Resolución 8430 de 1993, artículo 5 que hace mención de que:

“toda investigación en la que el ser humano es sujeto de estudio, donde deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar. Además, se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; la cual permite clasificarla como una investigación sin riesgo pues concuerda con el hecho de ser un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación donde no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio”. (39)

Siguiendo lo establecido en el código Nuremberg 1946, conservando los principios básicos de los participantes en esta investigación, se realizó el consentimiento voluntario, donde las personas debían estar en capacidad para dar su aprobación, de manera libre, sin necesidad de recurrir a la fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor posterior que constituyera acciones de obligación, además de tener el conocimiento y comprensión de los elementos del estudio en cuestión que le permitieran tomar una decisión correcta en caso de que deseara o no participar en la investigación.(45)

4.9.3 Nivel 3. De los comités institucionales de ética

La investigación fue revisada y aprobada por el comité de ética de investigación de la Corporación Universitaria Adventista de Colombia (UNAC), soportada por la resolución 8430 de 1993, artículo 2, “Las instituciones que vayan a realizar investigación en humanos, deberán tener un Comité de Ética en Investigación, encargado de resolver todos los asuntos relacionados con el tema.” (46) y por la declaración de Helsinki, principios éticos para la investigación médicas en seres humanos, donde menciona que, “El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio.”(47)

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

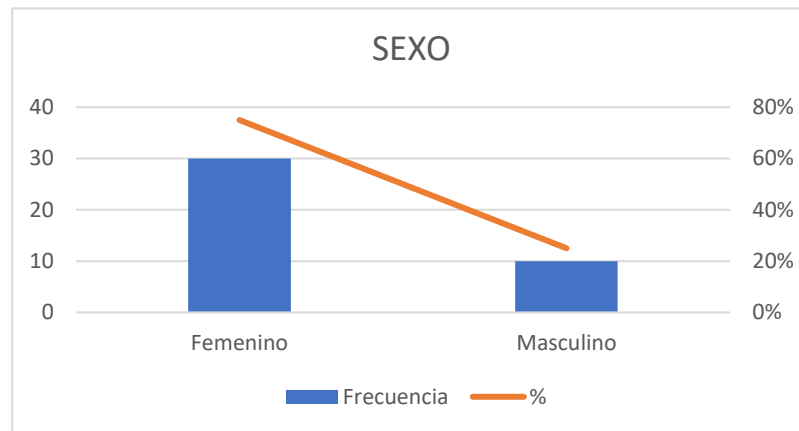
Datos sociodemográficos.

En la presente investigación participaron 42 enfermeros de diferentes ciudades de Colombia, el 100% con dieron su consentimiento de participación voluntaria para ser parte del estudio. Del total de participantes, se descartaron dos (2) debido a que no cumplía con el criterio de inclusión "Enfermeros que trabajan en unidades de cuidado intensivo". La información que se obtuvo a través de la recolección de los datos se expresa a continuación, mediante gráficas y tablas.

Los 40 profesionales de enfermería estaban adscritos a servicios de atención de pacientes en estado crítico al momento de su vinculación en la investigación. La mayoría de los enfermeros pertenecen al sexo femenino con un 75% (n=30) del total de los encuestados (Gráfica 1), con una edad promedio de 35 años.

En relación con investigaciones similares como la de JA. Fernández(48), es posible afirmar que se obtienen mayores porcentajes respecto al sexo femenino que del sexo masculino. También, en concordancia con Pérez S. se puede decir que esto ocurre porque las mujeres son más propensas a ser cuidadoras y protectoras, como lo mencionó la revista "Antropología, género, alimentación y nutrición en México, Sara Pérez".(49) Así mismo, Gallardo G, Verde E, Compeán S, Tamez S, Ortiz L.(50), plantean que posiblemente el predominio de mujeres en algunas profesiones como la Enfermería sea producto del rol de género, la feminidad radicaría fundamentalmente en realizar un papel maternal ya sea como hijas, esposas o madres, o en el caso de las enfermeras, proporcionando cuidados a quienes los necesitan; No obstante, se resalta que dicho comportamiento ha ido cambiando con la formación, cada vez más presente de hombres en la profesión.

En esa misma línea, ha habido varias investigaciones sobre estilos de afrontamiento y diferencias de género en la muerte, incluido uno publicado en la "Revista de Psicoterapia" titulado "Estilos de Afrontamiento y Diferencias de Género ante la Muerte" por Marisa Magaña, José Carlos Bermejo, Marta Villacieros y Rebeca Prieto. El estudio encuestó a 216 personas que asistieron a un taller de duelo y se encontró que las mujeres exhibieron niveles más altos de estrategias de afrontamiento emocional y los hombres exhibieron niveles más altos de estrategias de afrontamiento de resolución de problemas.(51) Otros estudios también han identificado diferencias en los estilos de afrontamiento en función de factores como la edad y los antecedentes culturales. En resumen, aunque pueden existir diferencias de género en las conductas de afrontamiento ante la muerte, es importante recordar que cada persona es única y puede utilizar diferentes estrategias para hacer frente a esta experiencia.

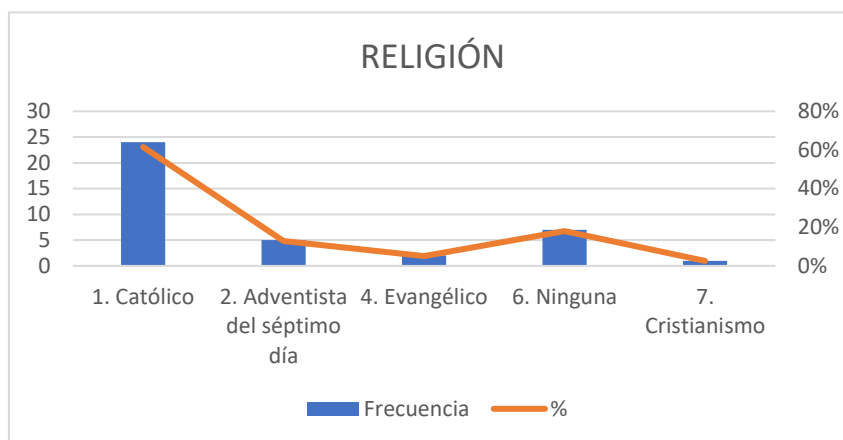


Gráfica 1: Datos sociodemográficos - sexo.

Por otro lado, desde el aspecto de la religión se concluyó que el 62% (n=24) practican el catolicismo, el 21% (n=8) se identificó con una religión protestante y el 18% (n=7) no refirió asociación a un credo religioso (Gráfica 2).

En esta instancia es necesario reconocer que existen algunos estudios que exploran la relación entre las creencias religiosas y el afrontamiento de la muerte entre los profesionales de la salud. Sin embargo, los resultados no han sido consistentes ni concluyentes. Mientras que algunos estudios han sugerido que las enfermeras que tienen fuertes creencias religiosas o espirituales exhiben mejores habilidades de afrontamiento ante la muerte de pacientes en estado crítico, esto es posible evidenciarlo en una investigación realizada por Daniel Álvarez de Arriba titulada “La experiencia de las enfermeras ante la muerte” donde se menciona que “independientemente de la religión, tener unas creencias religiosas y profesar una fe afecta a las actitudes de las enfermeras hacia la muerte y el cuidado de pacientes en el proceso de morir”. Estas enfermeras, presentan menos miedo y evitación hacia la muerte y una mayor aceptación de esta en comparación con las enfermeras con poca o ninguna creencia religiosa (52).

También es importante tener en cuenta que los estilos y estrategias de afrontamiento pueden verse influenciados por creencias personales, experiencias individuales y factores culturales, y no solo por la afiliación religiosa. Se necesita más investigación para sacar una conclusión definitiva sobre la influencia de la afiliación religiosa en las habilidades de afrontamiento entre los profesionales de la salud cuando se trata de la muerte y el sufrimiento del paciente, pues en el presente estudio, incluso aquellos que sostienen no profesar ningún credo religioso, presentan un óptimo afrontamiento.

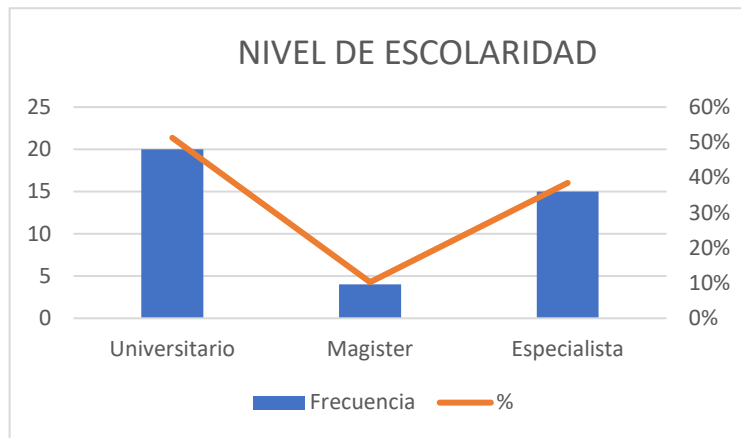


Gráfica 2: datos sociodemográficos – Religión.

Con relación al nivel de escolaridad, se obtuvo que el 51% (n=20) tiene estudios universitarios en enfermería, el 38% (n=15) cuentan con especialidad y el 10% (n=4) han realizado una formación de maestría (Gráfica 3).

Respecto a este apartado, existe poca literatura que sustente de manera categórica que un profesional de enfermería con posgrado tenga automáticamente un mejor afrontamiento de la muerte de los pacientes en comparación con aquellos sin posgrado, lo que puede evidenciarse en los resultados de la presente investigación, puesto que no hay una relación directa entre el nivel académico y el tipo de afrontamiento. Sin embargo, es posible que una mayor preparación académica, proporcione una formación adicional en áreas como la comunicación, la ética, el manejo del duelo y el cuidado paliativo. Estos conocimientos y habilidades adicionales pueden ayudar a los profesionales de enfermería a afrontar mejores situaciones de muerte y pérdida de pacientes.

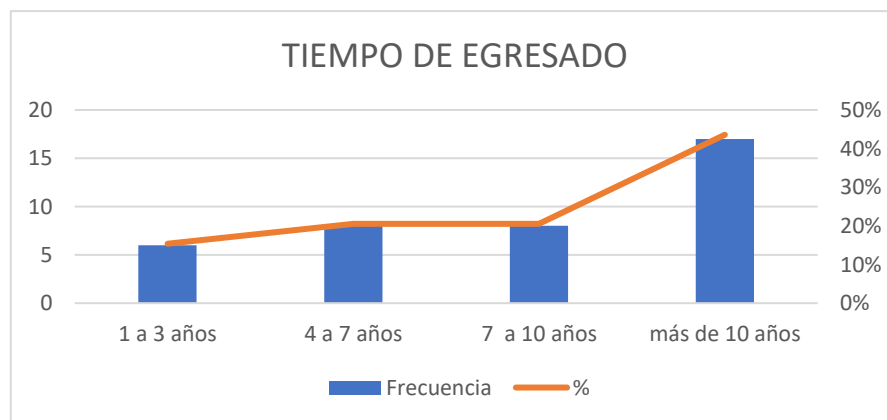
Un estudio realizado por María Povedano Jiménez sobre los “Factores del entorno laboral de los profesionales de enfermería relacionados con el afrontamiento del cuidado al final de la vida” donde se enfatiza que, sí existe cierto beneficio de tener una mayor experiencia profesional, una capacitación más completa en la atención al final de la vida, y una exposición a situaciones de sufrimiento como la muerte. “Esto proporciona conocimiento y habilidades para mejorar la atención a pacientes moribundos en el futuro, llegando potencialmente al punto de sentirse cómodos”.(53)



Gráfica 3: Datos sociodemográficos – Nivel de escolaridad.

Sobre el tiempo que llevan desde el egreso de la formación universitaria, se evidenció que el 44% (n=17) lleva más de 10 años, mientras que el 15% (n=6) cuentan con un tiempo de egresados entre 1 a 3 años (Gráfica 4).

Los enfermeros recién egresados pueden tener menos experiencia y estar menos expuestos a situaciones de muerte en comparación con aquellos que llevan más tiempo en la profesión. La experiencia práctica y el manejo de situaciones difíciles pueden ayudar a los enfermeros a desarrollar estrategias de afrontamiento más efectivas. Un estudio realizado por Elizabet Ledesma Giraldo sobre “Vivencias de la enfermera recién egresada en el primer año de ejercicio profesional” abre la puerta al panorama al que se enfrentan enfermeras recién egresadas pues “vivencian miedo al iniciar el ejercicio profesional debido a un sentimiento de falta de preparación para asumir las responsabilidades que la práctica les exige en términos de conocimientos teóricos y habilidades prácticas”(54) Se pone de manifiesto que si existe la posibilidad de que tener más años de egresado podría favorecer la adquisición de herramientas para facilitar los procesos de afrontamiento de la muerte de los pacientes.

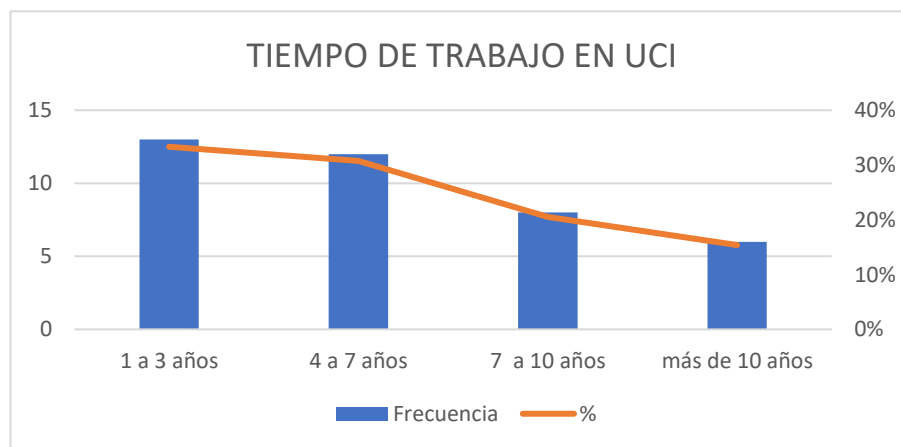


Gráfica 4: Datos sociodemográficos – Tiempo de egresado

Por otra parte, se identificó que el 15% (n=6) de los profesionales de enfermería llevan más de 10 años laborando en una unidad de cuidado intensivo y el 33%(n=13) de 1 a 3 años. (Gráfica 5)

Trabajar en una unidad de cuidado intensivo implica enfrentarse a situaciones de vida o muerte de manera regular, lo que puede ser emocionalmente desafiante. Con el tiempo, los enfermeros pueden aprender a manejar mejor sus propias emociones, así como a brindar apoyo a los pacientes y a sus familias en momentos difíciles. Pueden desarrollar una comprensión más profunda de los procesos de duelo y aprender a utilizar recursos y estrategias específicas para afrontar las situaciones de muerte y pérdida. De acuerdo con el estudio sobre “factores del entorno laboral de los profesionales de enfermería relacionados con el afrontamiento del cuidado al final de la vida”(53) afirma que enfermeras con menos de 10 años de experiencia son más vulnerables y se sienten más agotadas, tienen niveles más altos de estrés y niveles más bajos de realización personal. Al mismo tiempo, enfermeras con más años de experiencia pudieron mantener la distancia y establecer límites durante el cuidado de fin de vida.

A diferencia de otro estudio realizado por Rosario Cumplido Corbacho, titulado “Aproximación cualitativa al afrontamiento de la muerte en profesionales de cuidados intensivos”, sostiene que poseer mayor experiencia profesional no es garantía de un mejor afrontamiento de la muerte, de hecho, “si no se aplican técnicas de afrontamiento eficaces, la muerte de los pacientes tiene un efecto acumulativo sobre los profesionales que les atienden”.(55)

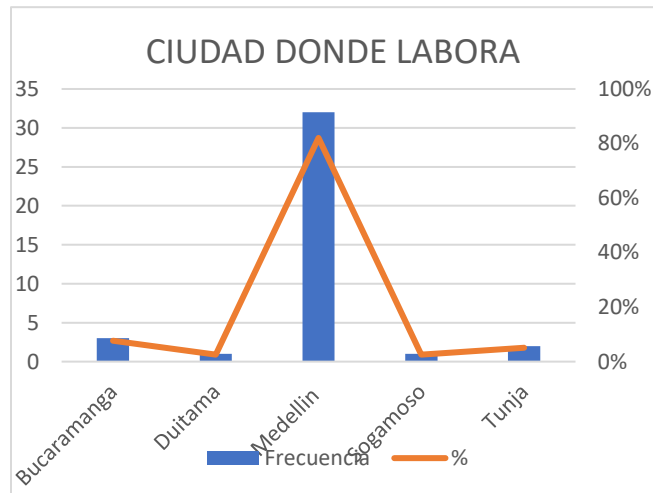


Gráfica 5: Datos sociodemográficos – tiempo de trabajo en UCI

La muerte, aunque se conceptualice como un fenómeno natural, no deja de ser una experiencia impactante, además de ser una realidad que no siempre es aceptada y

nunca deja de ser un hecho temido por profesionales de la salud con varios años de experiencia. La manera de afectación puede ser física y emocional, provocando dolor ante la pérdida lo que representa una fuerte perturbación en el quehacer de las enfermeras.(56)

En otra instancia, se evidenció que el 83% (n=33) de los profesionales de enfermería laboran en unidades de cuidado intensivo de Medellín (Gráfica 6).

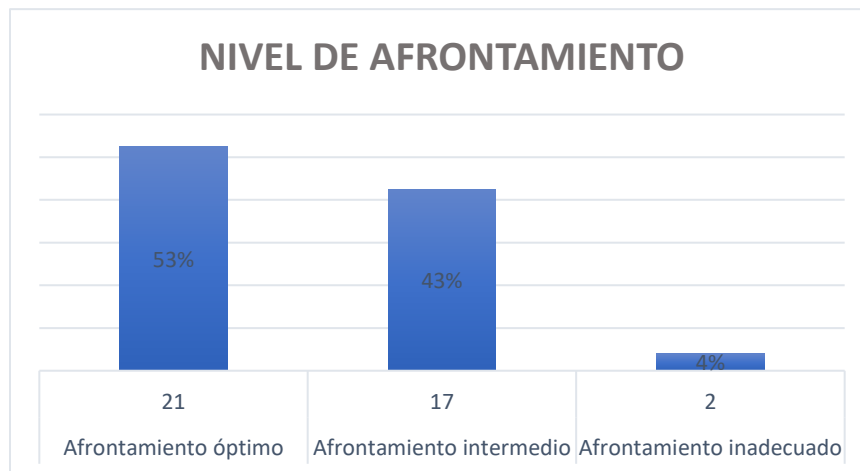


Gráfica 6: Datos sociodemográficos – ciudad donde labora

Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte (EBAM)

Se hablará de afrontamiento óptimo cuando se obtenga un puntaje entre 157 y 210; afrontamiento intermedio cuando el puntaje sea entre 106 y 156 y afrontamiento inadecuado cuando se puntúe entre 0 y 105.

El 53% (n=21) de los profesionales de enfermería presentan un afrontamiento óptimo de la muerte, mientras que el 43% (n=17) de los profesionales de enfermería tienen un afrontamiento intermedio de la muerte, y por último el 4% (n=2) un afrontamiento inadecuado de la muerte. (Gráfica 7). Se obtuvo en la muestra un punto mínimo de 91 y un punto máximo de 202.



Gráfica 7: Nivel de afrontamiento del total de la muestra.

Esta investigación muestra un predominio en cuanto al afrontamiento óptimo frente a la muerte de los pacientes en unidades de cuidado intensivo, sin embargo, no podría considerarse una muestra realmente significativa para generalizar que los enfermeros presentan conductas de afrontamiento adecuadas, de hecho, otros estudios realizados enfatizan la necesidad de recibir preparación para adquirir conocimientos y las conductas que se han de asumir en cuanto a la muerte de los pacientes, como el realizado por Sonia Marchan en “Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes, en unidades de paliativos y oncología”.

De igual manera, no se puede desestimar que de la muestra estudiada el 47% (n=19) de los participantes, con base en las habilidades y destrezas evaluadas por la EAMB, no cuentan con las herramientas óptimas de afrontamiento frente a la muerte. En ese sentido, se apoya la necesidad de un mayor abordaje de preparación en este asunto, como lo describe un estudio desarrollado por Orozco G, en el cual se identificó la importancia de ampliar los niveles de formación curricular desde el pregrado como medidas de afrontamiento eficaz ante el fenómeno de la muerte, aun en el año 2020 se percibía un déficit en la capacitación de los profesionales de enfermería con respecto al fenómeno en cuestión.(57)

En esa misma línea, es importante resaltar que tal vez una de las razones por las cuales no se dan procesos adecuados de afrontamiento, es porque no se tiene una buena percepción sobre el morir, en su libro sobre la muerte y los moribundos, Kubler considera que, si desde temprana edad se aprendiera a aceptar la muerte como algo natural, en lugar de estigmatizarla, en la etapa adulta se demostraría mayor sensibilidad en las personas. Es decir que, si se interioriza el concepto de “muerte” en el desarrollo de todos los seres humanos desde la niñez, estas irán desarrollando la habilidad para enfrentarla como algo natural.(56)

Por otra parte, ese afrontamiento óptimo puede deberse a lo que menciona González A, “los enfermeros aprenden de cada proceso de muerte para establecer nuevas estrategias de afrontamiento y mejorar las intervenciones de cuidado tanto con los pacientes como con los familiares”(57)

En cuanto al análisis por distribución porcentual, se resalta para el dominio relacionado con las habilidades para gestionar los *pensamientos sobre la muerte*, que el 80% (n=32) de los encuestados concuerda en algún grado con el ítem 1 “pensar en la muerte es una pérdida de tiempo”. Sin embargo, el 57,5% (n=23) considera, según el ítem 12, que últimamente creen que es bueno pensar en la muerte. Por otra parte, el 70% (n=28) consideran tener una buena perspectiva de la muerte y del proceso de morir, según indica el ítem 2.

Tabla 1 Resultados por ítems evaluados de la Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte.

Dominio	Ítem EAMB	Escala*	Fr**	%***
<i>Pensamientos sobre la muerte.</i>	1.Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo.	1. TD	1	2,5
		3. AD	7	17,5
		5. AA	7	17,5
		6. BA	6	15
		7. TA	19	47,5
	2.Tengo una buena perspectiva de la muerte y del proceso de morir.	1. TD	1	2,5
		2. ED	3	7,5
		3. AD	4	10
		4. I	4	10
		5. AA	8	20
		6. BA	12	30
		7. TA	8	20
	3.La muerte es un área que se puede tratar sin peligro.	1. TD	5	12,5
		2. ED	4	10
		3. AD	4	10
		4. I	6	15
		5. AA	6	15
		6. BA	10	25
		7. TA	5	12,5
	12.Últimamente creo que está bien pensar en la muerte.	1. TD	6	15
2. ED		4	10	
3. AD		5	12,5	
4. I		2	5	
5. AA		10	25	
6. BA		12	30	
7. TA		1	2,5	
26.Puedo ayudar a la gente con sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir.	2. ED	2	5	
	3. AD	2	5	
	4. I	5	12,5	
	5. AA	11	27,5	
	6. BA	12	30	
	7. TA	8	20	

<i>Emociones ante la muerte</i>	6.Estoy enterado de todas las emociones que caracterizan al duelo humano.	1. TD	2	5	
		2. ED	2	5	
		3. AD	5	12,5	
		4. I	2	5	
		5. AA	4	10	
		6. BA	14	35	
		7. TA	11	27,5	
	10.Entiendo mis miedos relacionados con la muerte.	1. TD	2	5	
		2. ED	3	7,5	
		3. AD	4	10	
		5. AA	9	22,5	
		6. BA	10	25	
		7. TA	12	30	
	14.Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte.	2. ED	2	5	
		3. AD	2	5	
		5. AA	5	12,5	
		6. BA	18	45	
		7. TA	13	32,5	
	30.Puedo decir a la gente, antes de que ellos o yo muramos, cuánto los quiero.	1. TD	1	2,5	
		2. ED	1	2,5	
		3. AD	1	2,5	
		5. AA	7	17,5	
		6. BA	7	17,5	
		7. TA	23	57,5	
<i>Mi muerte y la de seres queridos</i>	8.Me siento preparado para afrontar mi muerte.	1. TD	4	10	
		2. ED	5	12,5	
		3. AD	4	10	
		4. I	6	15	
		5. AA	7	17,5	
		6. BA	7	17,5	
		7. TA	7	17,5	
		9.Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir.	1. TD	7	17,5
			2. ED	3	7,5
			3. AD	7	17,5
			4. I	5	12,5
			5. AA	6	15
		6. BA	6	15	
		7. TA	6	15	
	20.Seré capaz de afrontar pérdidas futuras.	1. TD	1	2,5	
		2. ED	3	7,5	
		3. AD	3	7,5	
		4. I	11	27,5	
		5. AA	10	25	
		6. BA	7	17,5	
		7. TA	5	12,5	
	21.Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí.	1. TD	1	2,5	
		2. ED	4	10	
		3. AD	4	10	
		4. I	10	25	
		5. AA	9	22,5	
		6. BA	7	17,5	
		7. TA	5	12,5	

<i>Arreglos funerarios</i>	4.Estoy enterado de los servicios que ofrecen las funerarias.	1. TD	5	12,5
		2. ED	3	7,5
		3. AD	6	15
		4. I	1	2,5
		5. AA	14	35
		6. BA	4	10
		7. TA	7	17,5
	5.Estoy enterado de las diversas opciones que existen para disponer de los cuerpos.	1. TD	2	5
		2. ED	5	12,5
	3. AD	4	10	
	4. I	4	10	
	5. AA	9	22,5	
	6. BA	10	25	
	7. TA	6	15	
	11.Estoy familiarizado con los arreglos previos al funeral.	1. TD	4	10
		2. ED	5	12,5
		3. AD	5	12,5
		4. I	1	2,5
		5. AA	7	17,5
		6. BA	11	27,5
		7. TA	7	17,5
<i>Hablar de la muerte</i>	15.Puedo poner palabras a mis instintos respecto a la muerte y el proceso de morir.	2. ED	3	7,5
		3. AD	2	5
		4. I	3	7,5
		5. AA	11	27,5
		6. BA	11	27,5
		7. TA	10	25
	18.Puedo hablar de mi muerte con mi familia y mis amigos.	2. ED	2	5
		3. AD	4	10
		4. I	2	5
		5. AA	5	12,5
		6. BA	14	35
		7. TA	13	32,5
23.Sé cómo hablar con los niños de la muerte.	1. TD	8	20	
	2. ED	3	7,5	
	3. AD	4	10	
	4. I	5	12,5	
	5. AA	11	27,5	
	6. BA	4	10	
	7. TA	5	12,5	
27.Sería capaz de hablar con un amigo o con un miembro de mi familia sobre su muerte.	2. ED	3	7,5	
	4. I	7	17,5	
	5. AA	10	25	
	6. BA	11	27,5	
	7. TA	9	22,5	
<i>Interacción con el paciente al final de la vida</i>	22.Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales	2. ED	1	2,5
		3. AD	1	2,5
		4. I	4	10
		5. AA	13	32,5
		6. BA	8	20
		7. TA	13	32,5

	25.Puedo pasar tiempo con los moribundos si lo necesito.	1. TD 2. ED 3. AD 4. I 5. AA 6. BA 7. TA	1 2 2 3 11 10 11	2,5 5 5 7,5 27,5 25 27,5
	29.Me puedo comunicar con los moribundos	1. TD 2. ED 3. AD 4. I 5. AA 6. BA 7. TA	1 2 3 6 11 10 7	2,5 5 7,5 15 27,5 25 17,5
<i>Apoyo ante un proceso de muerte</i>	19.Sé con quién contactar cuando se produce una muerte.	2. ED 3. AD 4. I 5. AA 6. BA 7. TA	2 2 6 10 11 9	5 5 15 25 27,5 22,5
	24.Puedo decir algo inapropiado cuando estoy con alguien que sufre un duelo	3. AD 4. I 5. AA 6. BA 7. TA	4 3 11 9 13	10 7,5 27,5 22,5 32,5
	28.Puedo disminuir la ansiedad de aquellos que están a mí alrededor cuando el tema es la muerte y el proceso de morir.	1. TD 3. AD 4. I 5. AA 6. BA 7. TA	1 1 8 15 7 8	2,5 2,5 20 37,5 17,5 20
<i>Actitud hacia la vida</i>	7. La seguridad de muerte no afecta mi conducta de vida.	1. TD 2. ED 3. AD 4. I 5. AA 6. BA 7. TA	7 2 4 4 4 4 15	17,5 5 10 10 10 10 37,5
	13.Mi actitud respecto a la vida ha cambiado recientemente.	1. TD 2. ED 3. AD 4. I 5. AA 6. BA 7. TA	5 7 10 1 3 4 10	12,5 17,5 25 2,5 7,5 10 25
	16.Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual.	2. ED 4. I 5. AA 6. BA 7. TA	1 2 7 11 19	2,5 5 17,5 27,5 47,5
	17.Me importa más la calidad de vida que su duración.	2. ED 3. AD 4. I	3 1 1	7,5 2,5 2,5

	5. AA	8	20
	6. BA	11	27,5
	7. TA	16	40

*TD: Totalmente en desacuerdo, ED: En desacuerdo, AD: Algo en desacuerdo, I: Indeciso, AA: Algo de acuerdo, BA: Bastante de acuerdo, TA: Totalmente de acuerdo.

**Fr: Frecuencia

***%: Distribución porcentual

En relación con el dominio *mi muerte y la de seres queridos*, se destaca que el 47,5% (n=19) reportaron algún grado de desacuerdo con el ítem 8 “Me siento preparado para afrontar mi muerte”, y en el ítem 9 “Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir”, el 55% (n=22). Esto podría sugerir, que los profesionales pueden presentar dificultades respecto a la preparación para afrontar su propia muerte. Como lo expresa Duque “la muerte, aunque se conceptualice como un fenómeno natural, no deja de ser una experiencia impactante” (8).

En este mismo sentido, el estudio “Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes” realizado por S. Marchan, sugiere que estos resultados, señalan que no hay una preparación para aceptar la propia muerte y el proceso que conlleva el morir, algo comprensible, pues enfrentar la muerte sigue siendo algo atemorizante para muchos seres humanos, de hecho F.J. Gala León en su estudio sobre “Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo” afirma que gran parte del temor radica más bien sobre el proceso de la agonía y no en el morir como tal. Se resalta que la forma como se lidia con las propias experiencias de pérdida y muerte pueden influir en cómo se afronta la muerte de otros; eso significaría que la muerte del ajeno se convertiría en algo "solitario, mecánico y deshumanizado". Aunque, en realidad, los enfermeros no son los directos culpables por manifestar estas conductas y comportamientos, pues sigue siendo evidente la carencia de formación profesional en técnicas de comunicación y de afrontamiento ante la situación del morir.(59)

Al analizar el dominio *hablar de la muerte*, se observa que el 80% (n=21), considera que tiene las habilidades para hablar de su muerte con familiares y amigos, lo anterior, sugiere que la vida íntima o personal del profesional, tiene un rol importante en la gestión de la muerte en el ámbito laboral (8). Por otra parte, los resultados de este estudio coinciden con Sonia Marchán, donde el 50%(n=20) de los participantes tienen algún grado de desacuerdo con el ítem 23 “sé cómo hablar con los niños de la muerte”, esto podría suponer que para los enfermeros es un reto establecer una comunicación adecuada con los niños acerca del proceso de morir, generando sentimientos de estrés, angustia e incertidumbre (58). En este sentido, se resalta, el estudio “Análisis del afrontamiento de la enfermera frente a la muerte de un paciente pediátrico”, en el cual, solo el 33,33% de la muestra estudiada presento un afrontamiento inadecuado y el 100% de los participantes demandaban una mayor formación basada en afrontamiento y la necesidad de tener apoyo psicológico profesional. (63)

Respecto a la dimensión “*Interacción con el paciente al final de la vida*”, el 85% (n=34) de las personas participantes, mostró algún grado de acuerdo con el ítem 22 “Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales”, sin embargo, solo el 42,5% (n=17) refirió estar de acuerdo con la afirmación 29 “Me puedo comunicar con los moribundos”, esto llama la atención al tratarse de una población de profesionales de enfermería que cotidianamente se enfrentan a estas circunstancias. Estos hallazgos se correlacionan con el estudio realizado por Duque, en el cual para el ítem 29 reportó una puntuación baja y señala que los profesionales cuidan, escuchan y brindan bienestar al paciente, sin embargo, la comunicación contempla un gran número de actitudes personales, que podrían tener un efecto en la actitud del profesional de enfermería al abordar una atención al paciente al final de la vida, más allá del cuidado científico (8).

En este sentido, Ángela Lledó señala que “los estudiantes y profesionales no sólo deben formarse en conocimientos técnico-científicos. Más bien, deben responder apropiadamente, demostrando una sensibilidad al sufrimiento humano”. Es observable la necesidad de desarrollar habilidades emocionales hacia la muerte y el proceso de morir desde los estudios de pregrado, sin tener que esperar necesariamente hasta la práctica profesional. (63)

Por otra parte, la literatura indica que, entre las conductas de afrontamiento más comunes manifestadas por los profesionales de enfermería, destacan el distanciamiento, la evitación y la disociación emocional. Estas conductas son expresadas en el estudio realizado por Paula Duque, donde las enfermeras optan por el distanciamiento emocional con el fin de disminuir el sufrimiento asociado a la pérdida de un paciente. Esto resulta en una mayor atención hacia el cuidado físico del paciente moribundo en lugar del cuidado emocional, lo que reduce tanto la conexión emocional con el paciente como el impacto emocional en la enfermera(61).

También se hace evidente la necesidad de investigaciones que se centren en la comunicación de los profesionales de la salud durante la etapa final de la vida de los pacientes. Se ha comprobado que es posible mejorar las habilidades de comunicación con resultados positivos, mediante intervenciones orientadas a fortalecer la confianza, mejorar la actitud, aumentar la autoeficacia y desarrollar habilidades de interacción tanto con el paciente como con sus familiares(61).

Finalmente, es posible afirmar que la escala de Bugen es uno de los instrumentos más validados para medir de forma objetiva y cuantificable factores como la espiritualidad, cultura y experiencias personales que influyen en cómo se afronta la muerte (42).

6. CONCLUSIONES

Se evidenció una muestra principalmente femenina y practicante de alguna de las religiones propuestas en el instrumento. Lo cual es consistente con la alta presencia femenina en el área de Enfermería, y la presencia de los participantes en un país y una ciudad considerada ampliamente religiosa.

El 47% de los profesionales tienen formación de posgrado como especializaciones y maestrías, sin embargo, esto no asegura el fortalecimiento de herramientas de afrontamiento de la muerte de sus pacientes, en razón a que, no es un aspecto prioritario de abordar en los procesos formativos académicos o de capacitación en las instituciones donde se labora. Se evidencia participantes con amplia trayectoria laboral y que han presenciado la muerte de pacientes, pero que no asegura el desarrollo de herramientas de afrontamiento, lo que puede derivarse en una suma de duelos no gestionados, que, a largo plazo, pueden afectar la vida laboral y personal.

Esta investigación describe el nivel de afrontamiento de los profesionales de enfermería participantes, el 53% de la muestra presento un afrontamiento óptimo. Sin embargo, un 47% describen un afrontamiento intermedio o inadecuado, lo que sugiere una necesidad de abordaje del tema en las instituciones educativas y asistenciales.

Finalmente, se resalta que “el enfermero a pesar de sentirse agobiado por la situación, es empático porque percibe que debe apoyar a los familiares de su paciente, deja a un lado el dolor propio para poder brindar fortaleza a otros, sin embargo, el acompañamiento que recibe el profesional es poco, razón por la cual estos profesionales han experimentado en algún momento de su práctica profesional fatiga por compasión” viendo así la necesidad de “la existencia de un equipo multidisciplinario que los apoye y sirva de guía en el manejo de emociones propias y de los familiares”(57)

7. RECOMENDACIONES

“Se sugiere que la educación en temas relacionados con el final de la vida podría lograr cambios en estas actitudes, las cuales son dinámicas, como lo describieron recientemente Hong y colaboradores, quienes afirman que este tipo de entrenamiento genera actitudes proactivas y positivas sobre la muerte”.(62)

Se requiere que las instituciones educativas implementen cursos, charlas, clases, entre otras iniciativas, donde se propicien espacios de enseñanza a los estudiantes y futuros profesionales acerca de estrategias que mejoren las conductas y el nivel de afrontamiento hacia la muerte de los pacientes a su cuidado, generando bases sólidas para que cuando se presente esta situación sepan cómo afrontarla.

También es pertinente que las instituciones educativas y asistenciales pueden implementar un equipo multidisciplinario que se encargue de dar consultas a los profesionales cuando se presenten estas situaciones y brindarles un apoyo y una herramienta con el paso a paso que va a seguir el profesional para tener un duelo adecuado y saber cómo tener buenas conductas de afrontamiento frente a la muerte de sus pacientes.

Se invita a continuar investigaciones que permitan validar el efecto de los duelos no gestionados o el impacto de estar cercanos a la muerte en las diferentes áreas de la vida de los profesionales de enfermería.

Finalmente, cabe resaltar que la escala de Bugen contiene ítems que evalúan la existencia de un conjunto de habilidades y destrezas necesarias para el afrontamiento ante la muerte, las creencias y actitudes sobre éstas, tales como: emociones que las personas experimentan en el proceso de duelo, las acciones para los preparativos del funeral, formación para afrontar la muerte ya sea propia o de familiares y amigos, destrezas para auxiliar a personas cercanas en un proceso de duelo. Se sugiere continuar investigando con pruebas estadísticas más precisas que permitan identificar las dimensiones de esta escala.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Zabalegui Yárnoz A. El rol del profesional en enfermería. Aquichan. diciembre de 2003;3(1):16-20.
2. Freitas TLL de, Banazeski AC, Eisele A, de Souza EN, Bitencourt JV de OV, Souza SS de. La visión de la Enfermería ante el Proceso de Muerte y Morir de pacientes críticos: una revisión integradora. Enferm Glob. enero de 2016;15(41):322-34.
3. Maza Cabrera M, Zavala Gutiérrez M, Merino Escobar JM. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. Cienc Enferm. abril de 2009;15(1):39-48.
4. ASALE R, RAE. afrontar | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 18 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/afrontamiento>
5. ASALE R, RAE. afrontar | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 18 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/afrontar>
6. Arroyo MAM, González JLG. Formalización del concepto de Afrontamiento: :14.
7. Marchán Espinosa S. Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes en unidades de paliativos y oncología | NURE Investigación. 28 de enero de 2016;12.
8. Duque PA, Manrique YB, Galvis AF, Castañeda MH, Hernández EEV. Afrontamiento de docentes de enfermería ante la muerte del paciente en unidades de cuidado crítico. Investig En Enferm Imagen Desarro [Internet]. 29 de junio de 2020 [citado 20 de abril de 2021];22. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/28238>
9. Sevilla M, Ferré C. Ansiedad ante la muerte en enfermeras de Atención Sociosanitaria: Datos y Significados. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v24n3/comunicacion2.pdf>
10. Lostaunau V, Torrejón C, Cassaretto M, Lostaunau V, Torrejón C, Cassaretto M. Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama. Actual En Psicol. junio de 2017;31(122):75-90.

11. Raffino ME. Muerte - Concepto, acepciones y muerte según las religiones [Internet]. [citado 18 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://concepto.de/muerte/#ixzz6v4YuRBDQ>
12. RDU-El significado de la muerte [Internet]. [citado 18 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art66/art66.htm>
13. Montiel JJ. El pensamiento de la muerte en Heideggery Pierre Theilhard de Chardin. 13-02-2003. :14.
14. Zamora Q. El debate de la eutanasia en Colombia | Revista Pesquisa Javeriana [Internet]. 2022 [citado 10 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.javeriana.edu.co/pesquisa/eutanasia-en-colombia-argumentos/>
15. Lynch G, Oddone MJ. La percepción de la muerte en el curso de la vida: Un estudio del papel de la muerte en los cambios y eventos biográficos. Rev Cienc Soc. enero de 2017;30(40):129-50.
16. Oviedo S, Parra F, Marquina M. La muerte y el duelo. Enferm Glob. febrero de 2009;(15):0-0.
17. Sanz E. Estrategias de afrontamiento del duelo y sus consecuencias - La Mente es Maravillosa [Internet]. [citado 18 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://lamenteesmaravillosa.com/estrategias-de-afrontamiento-del-duelo-y-sus-consecuencias/>
18. Pabón C. Exploración de estrategias de afrontamiento en padres de familia en duelo por muerte de hijo/a adolescente 15 a 19 años. Disponible en: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/6769/2/2017_exploracion_estrategia_afrontamiento.pdf
19. Peña GVL, Barragán JCV. Estrategias de afrontamiento de los estudiantes de la universidad cooperativa de colombia sede villavicencio. 2018;30.
20. Monsalve EÁ, Sierra LCC. Proceso de duelo y estrategias de afrontamiento. :68.
21. Vasquez JB, Alcalá AL, Mendivil TO. Estilos y estrategias de afrontamiento en cuanto a los factores familiar, social, escolar y salud en niños y niñas de 6° de bachillerato de la institución educativa fulgencio lequerica. :76.
22. Veloso C, Caqueo W, Caqueo A, Muñoz Z, Villegas F. Estrategias de afrontamiento en adolescentes. Fractal Rev Psicol. abril de 2010;22(1):23-34.
23. Ornella C. Estrategias de afrontamiento: ¿qué son y cómo pueden ayudarnos? [Internet]. 2016 [citado 18 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/psicologia/estrategias-afrontamiento>

24. Ramirez MLS, Lee BI. Actitud del profesional de enfermería frente a la muerte de un paciente. Cuid Ocup Humana [Internet]. 23 de marzo de 2019 [citado 18 de mayo de 2021];4(0). Disponible en: http://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/COH/article/view/3408
25. Fernández J. Actitudes y afrontamiento ante la muerte en el personal de enfermería.
26. Perea-Baena JM, Sánchez-Gil LM. Estrategias de afrontamiento en enfermeras de salud mental y satisfacción laboral. Index Enferm. septiembre de 2008;17(3):164-8.
27. Cáceres Rivera DI, Cristancho Zambrano LY, López Romero LA. Actitudes de las enfermeras frente a la muerte de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos. Rev Cienc Salud. 31 de octubre de 2019;17(3):98.
28. García-Avenida DJ, Ochoa-Estrada MC, Briceño-Rodríguez II. Actitud del personal de enfermería ante la muerte de la persona en la unidad de cuidados intensivos. Duazary. 30 de mayo de 2018;15(3):281-93.
29. Flores G, Castro R, Quipildor R. Actitud del personal de Enfermería ante la muerte de pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos.
30. Reyes P, Amparo L, Rengifo R. Trabajo Académico Para Optar El Título De Especialista En Enfermería En Cuidados Intensivos. :32.
31. Garcia L. Estrategias de afrontamiento de las enfermeras de unidades de cuidados intensivos frente a la muerte de sus pacientes. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/20264/Estrategias%20de%20afrontamiento%20de%20las%20enfermeras%20de%20unidades%20de%20cuidados%20intensivos%20frente%20a%20la%20muerte%20de%20sus%20pacientes.pdf?sequence=1>
32. CUIDANDO LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL SANITARIO. Disponible en: <http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/SEP%20COVID19-Salud%20Mental%20personal%20sanitario.pdf>
33. Arias EM, Tabuenca TP. Impacto Psicológico en profesionales del ámbito sanitario durante la pandemia Covid-19. :19.
34. Fajardo GHV. Equipo Salud Mental SURA ARL-Consultoría Gestión del Riesgo. :6.

35. Valencia G, Garcia B, Soto M. Cultura Del Cuidado De Enfermeria. Disponible en: <http://www.unilibre.edu.co/pereira/images/pdf/culturacuidado-revista2016.pdf>
36. Díaz de Flores L, Durán de Villalobos MM, Gallego de Pardo P, Gómez Daza B, Gómez de Obando E, González de Acuña Y, et al. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Aquichan. diciembre de 2002;2(1):19-23.
37. Comentario crítico del modelo de adaptación enfermero de Callista Roy - Revista Electrónica de Portales Medicos.com [Internet]. [citado 18 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/modelo-de-callista-roy/>
38. Sor Callista Roy [Internet]. [citado 18 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://modelosenfermerosucaldas.blogspot.com/2013/06/modelo-de-adaptacion.html>
39. Lopez A. Capacidad de afrontamiento de las enfermeras ante la muerte en la unidades de cuidados intensivos pediátricas y neonatales en cartagena, 2016. :59.
40. Sergio Enrique Castillo Vega. Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy [Internet]. 11:20:49 UTC [citado 18 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/scastillovega/modelo-de-adaptacin-de-sor-callista-roy>
41. F M, Elisa M. Aplicación del Modelo de Adaptación en un Servicio de Rehabilitación Ambulatoria. Aquichan. diciembre de 2001;1(1):14-7.
42. Sánchez LDH, Mar MCO, Castillo ASO, Ocampo VS. VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE BUGEN “AFRONTAMIENTO ANTE LA MUERTE” EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA Y MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA, 2019. :43.
43. Taborda MB, Gutiérrez SB, Valencia GTB, Castrillón SMC. CALIDAD DEL CUIDADO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PERCIBIDO POR LAS GESTANTES EN SU PROCESO DE CONTROL PRENATAL EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL EN EL AÑO 2021-. :60.
44. Manzini JL. DECLARACIÓN DE HELSINKI: PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LA INVESTIGACIÓN MÉDICA SOBRE SUJETOS HUMANOS. Acta Bioethica [Internet]. diciembre de 2000 [citado 6 de octubre de 2022];6(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=en

45. CodNuremberg.pdf [Internet]. [citado 4 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.unilibrebaq.edu.co/unilibrebaq/Ciul/documentos/COMITE/CodNuremberg.pdf>
46. RESOLUCION-8430-DE-1993.pdf [Internet]. [citado 4 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
47. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. [citado 4 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
48. Fernandez J, García D, Fernández I. ACTITUDES Y AFRONTAMIENTO ANTE LA MUERTE EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ATTITUDES AND COPING TOWARD DEATH IN NURSING STAFF. Disponible en: <https://portalcientifico.unileon.es/documentos/5f94cd0e2999521ddf0b9ed0/f/618c269336ff917bb46f2edd.pdf>
49. revista casa del tiempo [Internet]. [citado 22 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.uam.mx/difusion/revista/dic2000/perez.html>
50. original2.pdf [Internet]. [citado 22 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/edu/v10n1/original2.pdf>
51. Duelo complicado: una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España [Internet]. [citado 22 de mayo de 2023]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282021000200001&lng=pt&lng=es
52. alvarez_de_arriba_daniel.tfg.pdf [Internet]. [citado 22 de mayo de 2023]. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/675749/alvarez_de%20arriba_daniel.tfg.pdf?sequence=1
53. Povedano-Jimenez M, Granados-Gamez G, Garcia-Caro MP. Work environment factors in coping with patient death among Spanish nurses: a cross-sectional survey. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020;28:e3234.
54. Giraldo EL. Vivencias de la enfermera recién egresada en el primer año de ejercicio profesional.

55. Cumplido Corbacho R, Molina Venegas C. Aproximación cualitativa al afrontamiento de la muerte en profesionales de cuidados intensivos. *Med Paliativa*. 1 de octubre de 2011;18(4):141-8.
56. Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos.
57. Yustres Osso ME, Clavijo Perez LK, Pérez Garzón WS, Córdoba Rojas DN. Percepción de enfermería ante la experiencia de la muerte de pacientes de una unidad de cuidado intensivo pediátrico de Bogotá en el 2020 [Internet]. Pontificia Universidad Javeriana; 2020 [citado 22 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/52107>
58. Espinosa SM. Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes en unidades de paliativos y oncología. *NURE Investig* [Internet]. 1 de mayo de 2016 [citado 22 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/789>
59. Gala León FJ, Lupiani Jiménez M, Raja Hernández R, Guillén Gestoso C, González Infante JM, Villaverde Gutiérrez MC, et al. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual. *Cuad Med Forense*. octubre de 2002;(30):39-50.
60. Duque PA, Manrique YB, Galvis AF, Castañeda MH, Hernández EEV. Afrontamiento de docentes de enfermería ante la muerte del paciente en unidades de cuidado crítico. *Investig En Enferm Imagen Desarro*. 2020;22:1-10.
61. revistas-articulo - Enfermería21 [Internet]. [citado 22 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/284/percepcion-de-las-enfermeras-sobre-cuidados-paliativos-experiencia-con-pacientes-oncologicos/>
62. Caceres D, Cristhancho Y. Actitudes de las enfermeras frente a la muerte de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v17n3/1692-7273-recis-17-03-98.pdf>
63. Lledó-Morera À, Bosch-Alcaraz A. Análisis del afrontamiento de las enfermeras ante la muerte de un paciente pediátrico. *Enferm Intensiva (Ingl)* [Internet]. 2021;32(3):117-24. Disponible: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2529984021000409>

9. ANEXO A

Edad: _____
Sexo: _____
Escolaridad: _____
Tiempo de servicio: _____
Tiempo de egresado: _____
Religión: _____

ESCALA DE BUGEN DE AFRONTAMIENTO DE LA MUERTE

Puntúa del 1 al 7:

7. Totalmente de acuerdo
6. Bastante de acuerdo.
5. Algo de acuerdo
4. Indeciso
3. Algo en desacuerdo
2. Bastante en desacuerdo
1. Totalmente en desacuerdo.

1. Totalmente en desacuerdo.
2. Bastante en desacuerdo
3. Algo en desacuerdo
4. Indeciso
5. Algo de acuerdo
6. Bastante de acuerdo.
7. Totalmente de acuerdo

1	Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo.	1	2	3	4	5	6	7
2	Tengo una buena perspectiva de la muerte y del proceso de morir	1	2	3	4	5	6	7
3	La muerte es un área que se puede tratar sin peligro.	1	2	3	4	5	6	7
4	Estoy enterado de los servicios que ofrecen las funerarias.	1	2	3	4	5	6	7
5	Estoy enterado de las diversas opciones que existen para disponer de los cuerpos.	1	2	3	4	5	6	7
6	Estoy enterado de todas las emociones que caracterizan al duelo humano	1	2	3	4	5	6	7
7	Tener la seguridad de que moriré no afecta de ninguna manera a mi conducta en la vida.	1	2	3	4	5	6	7
8	Me siento preparado para afrontar mi muerte.	1	2	3	4	5	6	7
9	Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir.	1	2	3	4	5	6	7
10	Entiendo mis miedos relacionados con la muerte.	1	2	3	4	5	6	7
11	Estoy familiarizado con los arreglos previos al funeral.	1	2	3	4	5	6	7
12	Últimamente creo que está bien pensar en la muerte	1	2	3	4	5	6	7
13	Mi actitud respecto a la vida a cambiado recientemente.	1	2	3	4	5	6	7
14	Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte.	1	2	3	4	5	6	7
15	Puedo poner palabras a mis instintos respecto a la muerte y el proceso de morir	1	2	3	4	5	6	7
16	Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual.	1	2	3	4	5	6	7
17	Me importa más la calidad de vida que su duración	1	2	3	4	5	6	7
18	Puedo hablar de mi muerte con mi familia y mis amigos.	1	2	3	4	5	6	7
19	Sé con quién contactar cuando se produce una muerte.	1	2	3	4	5	6	7
20	Seré capaz de afrontar pérdidas futuras.	1	2	3	4	5	6	7
21	Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí.	1	2	3	4	5	6	7
22	Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales	1	2	3	4	5	6	7
23	Sé cómo hablar con los niños de la muerte	1	2	3	4	5	6	7
24	Puedo decir algo inapropiado cuando estoy con alguien que sufre un duelo.	1	2	3	4	5	6	7
25	Puedo pasar tiempo con los moribundos si lo necesito.	1	2	3	4	5	6	7
26	Puedo ayudar a la gente con sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir.	1	2	3	4	5	6	7
27	Sería capaz de hablar con un amigo o con un miembro de mi familia sobre su muerte.	1	2	3	4	5	6	7
28	Puedo disminuir la ansiedad de aquellos que están a mi alrededor cuando el tema es la muerte y el proceso de morir	1	2	3	4	5	6	7
29	Me puedo comunicar con los moribundos.	1	2	3	4	5	6	7
30	Puedo decir a la gente, antes de que ellos o yo muramos, cuánto los quiero.	1	2	3	4	5	6	7

10. ANEXO B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ identificado con el documento de identidad-----
----, he sido informado (a) por los estudiantes Stefany Alejandra Garces Cabrera y Slendy Julieth Ardila Cepeda, quienes desarrollan la investigación “ACTITUDES DE AFRONTAMIENTO HACIA LA MUERTE QUE TIENEN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE EJERCEN EN UNA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO DE MEDELLÍN”.

Cuyo objetivo principal es determinar las actitudes de afrontamiento hacia la muerte que tienen los profesionales de enfermería que ejercen en una unidad de cuidado intensivo frente al proceso de fallecimiento de pacientes. Entiendo que, los participantes de esta investigación deben ser enfermeros que trabajan en unidades de cuidado intensivo de Medellín, profesionales que lleven laborando un año o más de experiencia en ese entorno laboral y profesionales de enfermería que den su aprobación y consentimiento para participar en la investigación.

De igual manera, comprendo que los datos obtenidos se manejarán con la mayor confidencialidad y que, en ningún momento, serán divulgados datos personales de los participantes. También tengo claro que puedo decidir retirarme en el momento que así lo considere, sin que esto implique repercusiones en la atención. Comprendo el propósito de la investigación, lo cual no afecta el desarrollo de los contenidos académicos actuales del participante.

Acepto que se me explicó que la investigación se rige por la Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en la República de Colombia y que cataloga esta investigación sin riesgo alguno.

Acepto también que he sido informado que la investigación se desarrollará con fines académicos y que se me han resuelto dudas surgidas respecto al estudio. De igual forma se me ha explicado la forma de comprender el cuestionario que hace parte de la recolección de datos en la presente investigación y que yo muy honestamente debo responder.

Después de leer, analizar y comprender los riesgos y beneficios de la investigación, declaro que el día ____ del mes _____ del año _____, decido participar voluntariamente del presente estudio, donde también me puedo retirar si así lo deseo sin que esto tenga algún tipo de repercusión para mí.

Firma del participante

Firma del investigador.