



Universidad de Concepción

Dirección de Postgrado

Facultad de Enfermería

Programa de Magíster en Enfermería

**AFRONTAMIENTO ANTE LA MUERTE Y ASOCIACIÓN CON
CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN CUIDADOS PALIATIVOS**

POR

MARÍA JOSÉ CUADRA VILLA

Tesis presentada a la Facultad de Enfermería de la Universidad de
Concepción para optar al grado académico de Magíster en Enfermería

Profesora Guía: Dra. Maritza Espinoza Venegas

Agosto 2026

Concepción, Chile

© 2026. María José Cuadra Villa. Se autoriza la reproducción total o parcial,
con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo
la cita bibliográfica del documento.

A todos los profesionales de salud que, día a día, se levantan con la convicción de brindar una sonrisa, esperanza y cuidado a los pacientes más vulnerables y a sus familias, y a quienes, aún enfrentando el sufrimiento y la pérdida como parte de su labor cotidiana, continúan ejerciendo su profesión con humanidad, compromiso, compasión y vocación de servicio.

"Y todo lo que hagan, háganlo de corazón, como para el Señor y no para los hombres."

Colosenses 3:23

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a Dios por darme la oportunidad de vivir esta experiencia de crecimiento personal y académico, en donde experimenté momentos de alegría, incertidumbre y dificultad, pero siempre encontré en Dios la fortaleza, la esperanza y la tranquilidad necesaria para seguir adelante, confiando en que todo tendría un propósito.

A mis padres, Manuel y Nidia, por ser un pilar fundamental en mi vida, por su amor sincero, por enseñarme el camino del esfuerzo y la perseverancia, y por demostrarme que los sueños se cumplen con trabajo, constancia y dedicación. Gracias por creer siempre en mí, por ser mi refugio en los momentos difíciles y la motivación que me impulsó a seguir adelante. Este logro también es de ustedes y espero que se sientan tan orgullosos como yo de haber llegado hasta aquí.

A mi novio, Eduardo, por caminar a mi lado durante todo este proceso, por entregarme su amor, cariño, paciencia y apoyo incondicional, y, por sobre todo, por darme contención cuando más lo necesité, siendo luz en la oscuridad. Gracias por enseñarme a detenerme, respirar profundo y continuar, y por recordarme que era capaz de lograrlo.

A mis hermanos, Karla y Sebastián, por brindarme su apoyo, motivación y ayuda cuando no estaba segura de mis capacidades, y por confiar siempre en su hermana pequeña.

A mi suegra, Irene, por su cariño y por sus abrazos sinceros que tantas veces me entregaron consuelo y tranquilidad para continuar.

A mis amigas y amigos, por su compañía, sus palabras de aliento, su alegría y sus risas, que hicieron más llevadero este proceso. En especial, a mi querida amiga Antonia, por estar siempre presente, ayudándome, escuchándome y sosteniéndome cuando más lo necesitaba.

A mi docente guía, Dra. Maritza Espinoza, por su permanente apoyo, confianza, dedicación y compromiso. Gracias por orientarme con paciencia, por creer en mis capacidades desde el inicio y por acompañarme con tanta generosidad en cada etapa de esta investigación.

Al profesor de estadística, Luis Luengo, por su disposición, tiempo, paciencia y valiosa orientación, fundamentales para el desarrollo de este trabajo.

A mis compañeras del Magíster, por compartir este camino con entusiasmo, resiliencia y perseverancia. Gracias por el apoyo mutuo y por hacer de esta experiencia un proceso mucho más enriquecedor.

A la Universidad de Concepción y al Programa de Magíster en Enfermería, por brindarme la oportunidad de crecer académica y personalmente, permitiéndome desarrollar esta investigación.

Además, expreso mi más sincero agradecimiento a todos los profesionales de salud que participaron en este estudio, por su tiempo, disposición y confianza, ya que sin su colaboración este estudio no habría sido posible.

Y para finalizar, gracias a la autora de esta tesis, María José, por no decaer, por perseverar, por ser resiliente, esforzada, responsable y comprometida, y por haber tenido el valor de concluir lo que un día comenzó, haciendo realidad este sueño.

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	iv
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xiii
RESUMEN	xiv
ABSTRACT	xvi
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Fundamentación del proyecto.....	1
1.2 Justificación y relevancia del estudio	7
1.3 Formulación del problema de investigación.....	12
2. MARCO REFERENCIAL.....	13
2.1 Marco Teórico.....	13
2.1.1 Teoría Transaccional de los Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman.....	14
2.1.2 Modelo de Adaptación de Callista Roy.....	16
2.1.3 Modelo de Calidad de Vida Profesional de Stamm	24
2.2 Marco Conceptual.....	32
2.2.1 Afrontamiento ante la muerte	32
2.2.2 Cuidados Paliativos	35
2.3 Marco Empírico.....	43
3. OBJETIVO(S)	56
3.1 Objetivo general.....	56
3.2 Objetivos específicos.....	56
4. VARIABLES DE INVESTIGACIÓN	57
5. METODOLOGÍA.....	59
5.1 Tipo de estudio y diseño	59
5.2 Población	59
5.3 Unidad de Análisis	61

5.4 Muestra.....	61
5.5 Criterios de inclusión y exclusión.....	61
5.6 Procedimiento y/o Técnicas de recolección de información	62
5.6.1 Procedimiento de acceso a los potenciales participantes del estudio.....	62
5.6.2 Instrumento recolector de datos	64
5.7 Prueba piloto	69
5.8 Procesamiento y/o plan de análisis de los datos	70
5.8.1. Procesamiento de los datos	70
5.8.2. Plan de análisis de los datos	70
5.9 Control de sesgos	75
6. ASPECTOS ÉTICOS INVOLUCRADOS:	78
7. PLAN DE TRABAJO	84
8. RESULTADOS.....	85
8.1 Análisis estadístico descriptivo de los Factores Biosociodemográficos y laborales	87
8.1.1 Análisis estadístico descriptivo de los Factores Biosociodemográficos	87
8.1.2 Análisis estadístico descriptivo de los Factores laborales	89
8.2 Análisis estadístico del afrontamiento ante la muerte, según “Escala de Bugen, afrontamiento ante la muerte”	95
8.2.1 Análisis estadístico de fiabilidad de la “Escala de Bugen, Afrontamiento ante la muerte”	95
8.2.2 Análisis estadístico descriptivo de la “Escala de Bugen, Afrontamiento ante la muerte”	96
8.2.3 Pruebas de normalidad de la “Escala de Bugen, Afrontamiento ante la muerte”	102
8.3 Análisis estadístico de la calidad de vida profesional, según la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV”	104
8.3.1 Análisis estadístico de fiabilidad de la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV”	105

8.3.2 Análisis estadístico descriptivo de la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV” en su dimensión Fatiga de compasión	106
8.3.3 Análisis estadístico descriptivo de la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV” en su dimensión Riesgo de Síndrome de Burnout.....	108
8.3.4 Análisis estadístico descriptivo de la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV” en su dimensión Satisfacción de compasión	110
8.3.5 Análisis estadístico descriptivo de las dimensiones de la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV”	112
8.3.6 Distribución de los niveles de Calidad de Vida Profesional según las dimensiones de la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV”	113
8.3.7 Pruebas de normalidad de la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV”	115
8.4 Análisis estadístico de correlación entre las dimensiones de la Calidad de Vida Profesional y factores asociados	119
8.4.1 Análisis estadístico bivariado entre las dimensiones de la Calidad de Vida Profesional y factores biosociodemográficos	120
8.4.2 Análisis estadístico bivariado entre las dimensiones de la Calidad de Vida Profesional y factores laborales	124
8.4.3 Análisis estadístico bivariado entre las dimensiones de la Calidad de Vida Profesional y el afrontamiento ante la muerte	134
8.5 Análisis multivariado: modelo de regresión lineal múltiple para las dimensiones de la Calidad de Vida Profesional.....	135
8.5.1 Modelo de regresión lineal múltiple para la fatiga de compasión	135
8.5.2 Modelo de regresión lineal múltiple para el riesgo de síndrome de burnout	137
8.5.3 Modelo de regresión lineal múltiple para la satisfacción de compasión	139
9. DISCUSIÓN	141
10. LIMITACIONES E IMPLICANCIAS DEL ESTUDIO	165
11. SUGERENCIAS	169
12. CONCLUSIONES	171

13. GLOSARIO	173
14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	174
15. ANEXOS	190
Anexo 1: Definición de Variables	190
Anexo 2: Instrumento recolector de datos	216
Anexo 3: Carta de apoyo enviado a Directivo responsable (DAS y CESFAM)	232
Anexo 4: Consentimiento Informado del estudio	284
Anexo 5: Consentimiento informado de prueba piloto	289

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Composición de profesionales por Servicio de Salud y/o Municipalidad.	60
Tabla 2. Interpretación de las puntuaciones del cuestionario ProQOL versión IV.	68
Tabla 3. Descripción del Plan de análisis de datos de acuerdo a los objetivos de estudio.	71
Tabla 4. Distribución de los profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales de atención primaria, de acuerdo con el CESFAM de adscripción, 2026.	85
Tabla 5. Descripción de los factores biosociodemográficos del Programa de Cuidados Paliativos Universales de atención primaria, 2026.	87
Tabla 6. Descripción de la influencia de las creencias religiosas y/o espirituales en la actitud hacia la muerte y el morir de los profesionales de salud que reportaron poseer creencias religiosas y/o espirituales, del Programa de Cuidados Paliativos Universales de atención primaria, 2026.	88
Tabla 7. Descripción de los factores laborales de profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales de atención primaria, 2026.	89
Tabla 8. Análisis de fiabilidad de la “Escala de Bugen, Afrontamiento ante la muerte”.	95
Tabla 9. Análisis estadístico descriptivo por ítem de la “Escala de Bugen, Afrontamiento ante la muerte” de profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales de atención primaria, 2026.	96
Tabla 10. Estadísticos descriptivos del puntaje total de la “Escala de Bugen, Afrontamiento ante la muerte” de profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales de atención primaria, 2026.	100
Tabla 11. Distribución de los niveles de afrontamiento ante la muerte según la “Escala de Bugen, Afrontamiento ante la muerte” de profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales de atención primaria, 2026.	102
Tabla 12. Pruebas de normalidad de la “Escala de Bugen, Afrontamiento ante la muerte”.	102
Tabla 13. Análisis de fiabilidad de la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV”, por dimensiones.	105
Tabla 14. Análisis estadístico descriptivo de los ítems de la dimensión Fatiga de compasión de la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL),	

versión IV” de profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales de atención primaria, 2026.....	106
Tabla 15. Análisis estadístico descriptivo de los ítems de la dimensión riesgo de síndrome de burnout de la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV” de profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales de atención primaria, 2026.....	108
Tabla 16. Análisis estadístico descriptivo de los ítems de la dimensión Satisfacción de compasión de la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV” de profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales de atención primaria, 2026.....	110
Tabla 17. Análisis estadístico descriptivo estadístico descriptivo de las dimensiones de la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV de profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales de atención primaria, 2026.....	112
Tabla 18. Distribución de los niveles de Calidad de Vida Profesional según las dimensiones de la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV”, de profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales de atención primaria, 2026.....	114
Tabla 19. Pruebas de normalidad de la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV” según dimensiones.....	115
Tabla 20. Distribución de las dimensiones de la Calidad de Vida Profesional según factores biosociodemográficos.....	120
Tabla 21. Correlación entre la edad y las dimensiones de la Calidad de Vida Profesional.....	123
Tabla 22. Distribución de las dimensiones de la Calidad de Vida Profesional según factores laborales.....	124
Tabla 23. Correlación entre los años de experiencia laboral y las dimensiones de la Calidad de Vida Profesional.....	132
Tabla 24. Correlación entre el afrontamiento ante la muerte y las dimensiones de la Calidad de Vida Profesional.....	134
Tabla 25. Modelo de regresión lineal múltiple para la fatiga de compasión.....	135
Tabla 26. Modelo de regresión lineal múltiple para el riesgo de síndrome de burnout.....	137
Tabla 27. Modelo de regresión lineal múltiple para la satisfacción de compasión.....	139

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Persona vista como sistema de adaptación.....	23
Figura 2. Modos de adaptación.....	23
Figura 3. Diagrama de la Calidad de Vida Profesional (Stamm, 2005).....	29
Figura 4. Diagrama de la Calidad de Vida Profesional (Stamm, 2010).....	29
Figura 5. Análisis general del Marco Teórico Referencial.....	55
Figura 6. Histograma de la distribución de la “Escala de Bugen, Afrontamiento ante la muerte”.....	103
Figura 7. Histograma de la distribución de la dimensión fatiga de compasión de la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV”.....	116
Figura 8. Histograma de la distribución de la dimensión riesgo de síndrome de burnout de la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV”.....	117
Figura 9. Histograma de la distribución de la dimensión satisfacción de compasión de la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV”.....	118

RESUMEN

Introducción: Los profesionales de la salud constituyen un pilar fundamental durante el proceso de fin de vida y duelo. Afrontar la muerte puede ser una experiencia emocional intensa para ellos, pudiendo afectar su calidad de vida profesional. **Objetivos:** Evaluar el afrontamiento ante la muerte y su asociación con la calidad de vida profesional, estimando las diferencias según los factores biosociodemográficos y laborales de los profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales de atención primaria adscrito a la red de Cuidados Paliativos Universales de un Servicio de Salud de la Región del Biobío. **Metodología:** Cuantitativo, observacional, descriptivo, correlacional y transversal, en 96 profesionales de salud. Se utilizó un instrumento constituido por preguntas biosociodemográficas y laborales, y escalas de afrontamiento ante la muerte y calidad de vida profesional. **Resultados:** El mayor afrontamiento ante la muerte se asoció con menor fatiga de compasión ($r = -0,239$; $p = 0,019$), menor riesgo de síndrome de burnout ($r = -0,206$; $p = 0,044$) y mayor satisfacción de compasión ($r = 0,295$; $p = 0,003$). La mayoría presentó niveles medios (50%) y altos (48%) de afrontamiento ante la muerte, altos niveles de satisfacción de compasión (52%) y niveles moderados de fatiga de compasión (50%) y riesgo de síndrome de burnout (57%). El análisis multivariado asoció la fatiga de compasión y la satisfacción de compasión con el afrontamiento ante la muerte. **Conclusiones:** El afrontamiento ante la muerte se asoció significativamente con la calidad de vida profesional. Los

hallazgos aportan evidencia que respalda el fortalecimiento de la formación de profesionales en afrontamiento ante la muerte y el desarrollo de estrategias institucionales orientadas al bienestar de los equipos de salud.

Palabras claves: Afrontamiento, Actitud frente a la muerte, Calidad de Vida, Trabajo, Atención primaria de salud, Cuidados paliativos.

ABSTRACT

Introduction: Health professionals play a fundamental role throughout the end-of-life and bereavement process. Coping with death can be an emotionally intense experience for them, potentially affecting their professional quality of life. **Objectives:** To assess coping with death and its association with professional quality of life, estimating differences according to the biosociodemographic and occupational factors of health professionals from the Primary Care Universal Palliative Care Program affiliated with the Universal Palliative Care Network of a Health Service in the Biobío Region.

Methodology: A quantitative, observational, descriptive, correlational, cross-sectional study was conducted among 96 health professionals. An instrument comprising biosociodemographic and occupational questions, as well as scales assessing coping with death and professional quality of life, was used.

Results: Greater coping with death was associated with lower compassion fatigue ($r = -0.239$; $p = 0.019$), lower risk of burnout syndrome ($r = -0.206$; $p = 0.044$), and greater compassion satisfaction ($r = 0.295$; $p = 0.003$). Most participants presented moderate (50%) and high (48%) levels of coping with death, high levels of compassion satisfaction (52%), and moderate levels of compassion fatigue (50%) and risk of burnout syndrome (57%). Multivariate analysis showed that compassion fatigue and compassion satisfaction were associated with coping with death. **Conclusions:** Coping with death was significantly associated with professional quality of life. These findings provide evidence supporting the strengthening of professionals' training in

coping with death and the development of institutional strategies aimed at promoting the well-being of healthcare teams.

Keywords: Coping, Attitude to Death, Quality of Life, Work, Primary Health Care, Palliative Care.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Fundamentación del proyecto

La muerte es una realidad inevitable de la experiencia humana que, más allá de una dimensión biológica, conlleva profundas implicancias y reflexiones psicológicas, sociales, culturales, filosóficas y religiosas (1). Este fenómeno genera un entorno de alta intensidad emocional, y la manera en que las personas afrontan esta realidad impacta significativamente en la calidad de vida de todos los involucrados (2).

Con el avance científico y tecnológico, los conocimientos en biomedicina han transformado profundamente la manera en que la sociedad del siglo XXI concibe y aborda la muerte. En particular, en los países occidentales, la muerte se ha convertido en un tema tabú y su proximidad genera un conjunto de actitudes y emociones de variada intensidad. Autores (3,4) señalan que, en la sociedad occidental, la muerte se vive "como algo extraño, imprevisto, que trunca nuestras vidas, y que la mayoría de las veces no está en nuestros pensamientos". Entre las respuestas emocionales más frecuentes que encierra esta experiencia se encuentran la ansiedad, miedo, depresión, tristeza, sentimientos de frustración, pérdida, impotencia, estrés, rechazo, evitación y culpa (3,4). La percepción y el afrontamiento de la muerte por parte de cada individuo dependen de diversos factores (sociales, culturales, religiosos, económicos) que hacen que cada persona viva el proceso de manera distinta (5).

Esta vivencia no es ajena a los profesionales de la salud, ya que si bien constituyen un pilar fundamental de apoyo y acompañamiento continuo en los pacientes y sus familias durante el proceso de fin de vida y duelo (6), el contacto con el fallecimiento de un paciente supone para el profesional una experiencia emocional intensa e impactante, siendo una de las más estresantes y angustiosas debido a la conexión con el dolor ajeno, el sufrimiento, la agonía de los pacientes, y finalmente el sentimiento de pérdida de las familias (7).

Entre las emociones que pueden vivenciar los profesionales están la desesperanza, angustia, frustración, tristeza, culpa, decepción, actitud de rechazo, huida o inseguridad (7). Estudios (8,9) señalan que las emociones estarían asociadas al afrontamiento que presentan ante la muerte, y que en algunas situaciones puede llegar a generar dificultades a la hora de enfrentarla con sus pacientes; muchos acaban alejándose y no compartiendo con el resto del equipo sus angustias, temores y sufrimientos (5). Lo anterior puede verse afectado por factores que están relacionados con el afrontamiento, los cuales tienen que ver con la experiencia laboral, la unidad de trabajo, las creencias religiosas, la educación previa y la edad del usuario fallecido (9). Asimismo, la forma en como afronten los profesionales puede tener significativas repercusiones en su calidad de vida profesional (CVP), concepto que se refiere al: “sentimiento de bienestar que se deriva del equilibrio que el individuo percibe entre las demandas o cargas de la profesión y los recursos psicológicos, organizacionales y relacionales de que

dispone para afrontar estas demandas, pudiendo repercutir en el equilibrio social, emocional y laboral del funcionario” (10).

En lo que refiere a estadísticas, estas indican que a nivel mundial la población envejece progresivamente y las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) aumentan exponencialmente, constituyendo la principal causa de mortalidad (11). En el año 2019, las principales causas de muerte por ECNT fueron las enfermedades cardiovasculares, los cánceres, las enfermedades respiratorias y la diabetes (12).

En Chile, se observa la misma tendencia internacional en cuanto al envejecimiento. Según los últimos datos epidemiológicos entregados por el Instituto Nacional de Estadísticas, en el 2023 se registraron 121.270 defunciones (13), considerándose como principales causas de muerte, según el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), los tumores cancerígenos con 28.492 defunciones (26%), seguido de las enfermedades del sistema circulatorio con 28.079 defunciones (25.6%), correspondiendo al domicilio el lugar de deceso más habitual (14).

Esta realidad demográfica y epidemiológica está configurando un escenario de crecientes requerimientos de cuidados, especialmente paliativos, siendo considerablemente más demandante en la etapa avanzada de la enfermedad crónica (15). En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone la instauración del Modelo de Cuidados Paliativos Universales, cuyo enfoque busca mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, al afrontar los problemas asociados con una enfermedad

potencialmente mortal, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento de problemas físicos, psicosociales y espirituales (16).

En consonancia con lo anterior, la OMS elaboró una estrategia de salud pública para que los países abordasen los cuidados paliativos mediante políticas apropiadas, así como la implementación de servicios de atención paliativa en todos los niveles de salud (17).

Por su parte, Chile ha avanzado en el desarrollo de los cuidados paliativos, destacando el decreto AUGE 170 del 28 de enero del 2005, a través del cual se garantiza el problema de salud N°4: "Alivio al dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos a la población oncológica" (18). Este programa desarrolló estrategias de atención integral para las personas con cáncer avanzado, aunque excluía a las enfermedades no oncológicas y se enfocaba en la atención secundaria. Por ello, en el 2021 se promulgó la Ley 21.375 (19), que entró en vigencia el 21 de marzo del 2022, consagrando los cuidados paliativos y derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves. Esta ley representa un gran paso en la equidad e igualdad de acceso a cuidados paliativos, entregando una respuesta a la necesidad de alivio y acompañamiento en el tránsito de final de vida, apoyando no solo al usuario, sino también a su familia y núcleo más cercano en un contexto domiciliario (20). Estas funciones por lo tanto, son principalmente otorgadas por los profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales de atención primaria.

Junto con esto, el “Modelo Conceptual de los niveles de necesidad de los pacientes con enfermedades amenazantes para la vida”, representado mediante una pirámide, indica que el grupo más amplio de pacientes, pueden ser atendidos a nivel de atención primaria en salud, representando aproximadamente dos tercios de los pacientes. Esto pone de relieve la considerable demanda de cuidados paliativos que puede ser abordada eficazmente por los profesionales de cuidados paliativos de atención primaria (21).

Por lo tanto, se espera que en Chile tanto la Ley 21.375 como la Orientación Técnica Cuidados Paliativos Universales impulsada por el Ministerio de Salud en 2022 con el propósito de generar las bases clínicas necesarias para la implementación de los Cuidados Paliativos Universales (CPU) y apoyar el desarrollo de las competencias requeridas por los profesionales en la atención al usuario, considerando la multidimensionalidad del proceso: físico, psicológico, social y espiritual; pueda dar un impulso hacia la ampliación progresiva de la atención paliativa en las personas con enfermedades crónicas avanzadas no oncológicas y oncológicas (18,22). Esto se podrá llevar a cabo mediante un equipo multidisciplinario, conformado por un grupo de personas con diferentes formaciones académicas y experiencias profesionales que operan en conjunto teniendo como objetivo común la atención integral del paciente. Este equipo está compuesto por profesionales de medicina, de enfermería, de psicología, de química y farmacia, de fonoaudiología, de kinesiología, de nutrición y trabajador social, los cuales deben tener ciertas funciones y roles descritos

para otorgar una atención de calidad (18,22).

En este mismo contexto de la Ley 21.375, se incorpora la posibilidad de que la persona en cuidados paliativos realice una Declaración de Voluntades Anticipadas, permitiendo así, promover y respetar la autonomía del paciente. Este consiste, en un proceso de acompañamiento y consejería que les permitiría informarse, reflexionar y consignar sus deseos y preferencias, en materia de decisiones de carácter vital, para el evento en que no puedan expresar su voluntad respecto a decisiones relativas a su atención en salud. El profesional de salud de cuidados paliativos, según lo indica la ley, sería el responsable de informar al paciente sobre la existencia del documento, explicar sus objetivos y fundamentos, confirmar que la información ha sido comprendida por el usuario, y además debe acompañarlo y orientarlo durante el proceso (23). Por lo tanto, este procedimiento se convierte en un requisito ético y legal del proceso de cuidados al final de la vida, y para implementarlo requiere que los profesionales de la salud en el marco de los cuidados paliativos, cuenten con habilidades de comunicación al final de la vida (8), que impliquen la capacidad para hablar sobre la muerte, las posibles trayectorias del proceso de enfermedad y las consecuencias de las decisiones sobre el cuidado futuro.

De esta forma, en base a los significativos cambios demográficos y epidemiológicos de la población chilena, las recomendaciones de la OMS y bajo el alero de la reciente ley promulgada en Chile sobre los CPU, la literatura evidencia que uno de sus propósitos es ampliar de manera

progresiva unidades de cuidados paliativos, donde el foco estará puesto en el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS) por sobre los establecimientos hospitalarios, y además en incorporar en la malla curricular de todas las carreras de la salud los cuidados paliativos (22), procurando que los profesionales sean capaces de enfrentar el proceso de fin de vida de manera íntegra y adecuada.

1.2 Justificación y relevancia del estudio

La literatura evidencia que los profesionales de la salud enfrentan dificultades para lidiar con la muerte de los pacientes, en especial al percibirla como un fracaso ante los esfuerzos técnicos del equipo y los adelantos en los tratamientos. Esta situación se convierte en una problemática compleja de abordar y aceptar, generando como consecuencia insatisfacción laboral, fatiga por compasión y burnout, lo cual se traduce en un desmedro de su CVP. Estas dificultades son más evidentes en unidades de oncología y cuidados intensivos pediátricos (24). Sin embargo, existe un desconocimiento más amplio y escasez de evidencia en lo que respecta a la atención primaria de salud y en el contexto de enfermedades terminales no oncológicas.

Cabe destacar que las consecuencias descritas pueden afectar a los profesionales no sólo al enfrentar la muerte de sus pacientes, sino también antes de ella, al tener el deber de entablar conversaciones con el paciente y /o su familia sobre temas de final de vida, especialmente, sobre las decisiones de cuidados al final de ésta. Además, deben convivir con el dolor,

sufrimiento y deterioro propios de la fase terminal (24). A esto se suman factores institucionales como la alta demanda de trabajo, cansancio por carencia de personal, el déficit comunicacional, falta de espacios y tiempos para el duelo, toma de decisiones subrogadas y falta de apoyo de las autoridades e instituciones (24).

Esta situación se agrava por la deficiente preparación y formación de los profesionales a nivel de pre y posgrado en temáticas como el afrontamiento ante la muerte y el acompañamiento en el duelo. Esto contribuye al desequilibrio emocional, dejando a los profesionales desprovistos de recursos y habilidades personales para afrontar situaciones de estrés. Como resultado, no solo se ve afectada la calidad de vida del profesional, sino también la calidad de atención otorgada al usuario y su familia (24).

Lo anterior, puede reflejar la realidad actual de los equipos de APS recientemente conformados en Chile, en base a la Ley 21.375. Estos equipos han tenido que enfrentarse a los procesos de fin de vida, la muerte de sus pacientes y el duelo de las familias, con escasa preparación debido a la deficiente o inexistente formación en pregrado (25) y la baja o nula experiencia en cuidados paliativos. Esta situación puede afectar la CVP, haciéndose necesario evidenciar y abordar estos temas para contribuir con conocimientos que faciliten la creación e implementación de intervenciones de apoyo en procesos de afrontamiento a la muerte y el duelo. Esto no sólo mejorará la CVP, sino también optimizará la atención brindada a los usuarios, beneficiando tanto a la atención primaria como secundaria y

terciaria.

La Ley 21.375, además, implica la necesidad de extender los cuidados paliativos a pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, tanto oncológicas como no oncológicas, proyectando un aumento en las necesidades de atención paliativa, especialmente en el ámbito de APS. El fortalecimiento de este establecimiento exige que los profesionales de salud estén capacitados para proporcionar cuidados centrados en las necesidades y preferencias del individuo y la familia, con el objetivo de garantizar una muerte digna.

Por lo tanto, generar estudios que den constancia de esta nueva realidad, cobra un valor de gran relevancia, destacando sus implicancias en la práctica profesional (valor social, disciplinar, asistencial y económico) y su aporte metodológico en los puntos que se establecen a continuación:

- Desde el punto de vista asistencial, los profesionales de enfermería forman parte del equipo interdisciplinario del Programa de Cuidados Paliativos de atención primaria, los que se han conformado recientemente, y dado que su trabajo es interdisciplinario, es fundamental conocer cuál es el afrontamiento ante el proceso de fin de vida, muerte y duelo, no solo en los profesionales de enfermería, sino también en el resto de profesionales de salud que lo componen, y así conocer la realidad a la cual se están enfrentando día a día, ya que de esta forma se generará comprensión, estados de alerta y se podrán realizar estrategias de afrontamiento ante estas situaciones,

teniendo como objetivo que los profesionales tengan un alto afrontamiento ante la muerte, mayores habilidades comunicacionales respecto a temas de fin de vida, como son las voluntades anticipadas, y puedan ofrecer cuidados más efectivos y compasivos a los pacientes en cuidados paliativos.

- Desde la disciplina de enfermería, este estudio contribuiría a la generación de evidencia en la formación profesional, no sólo de enfermería, sino para todo el equipo interdisciplinario que integran los cuidados paliativos, al visibilizar una realidad local hasta ahora desconocida en el área de atención primaria. Los resultados, permitirían orientar la formación en temas como el afrontamiento ante la muerte en el área de cuidados paliativos y cuidados de fin de vida, los cuales podrían ser considerados en los programas de estudio o mallas curriculares de futuras generaciones, promoviendo competencias de afrontamiento eficaces. Sumado a esto, los profesionales de enfermería con habilidades desarrolladas en el afrontamiento ante la muerte podrán capacitar al resto de profesionales de la salud en técnicas efectivas para manejar las situaciones de estrés emocional, mejorar la comunicación con los pacientes y familias, y promover una cultura de apoyo mutuo dentro del equipo, contribuyendo a su CVP.
- Desde una perspectiva investigativa de enfermería, la información obtenida en este estudio potenciará el ámbito de investigación en

salud, presentando evidencia científica respecto del fenómeno de estudio, lo que podrá agregarse como base investigativa y entregará los lineamientos necesarios para generar instancias que permitan crear intervenciones que mejoren las aptitudes de los profesionales e indirectamente mejore la CVP. Asimismo, plasmará la importancia de este tema, generando un ambiente orientado al mantenimiento de la salud tanto del profesional como del usuario, dando pie para continuar los estudios respecto a este tema, abriendo camino a nuevas líneas de investigación.

- Desde el punto de vista económico, las habilidades de afrontamiento ante la muerte pueden impactar en la gestión del personal y en la planificación de recursos humanos, puesto que aquellos que manejan mejor el estrés emocional pueden experimentar menos ausentismo laboral debido a licencias médicas, y una disminución en la rotación del personal, lo que se traduce en reducción de los costos de reclutamiento y formación.
- Desde el punto de vista social, el investigar cómo afrontan la muerte los profesionales de salud podría ayudar a concientizar a profesionales, administrativos, directivos y gubernamentales, sobre las falencias que pudiesen existir, pudiendo no solo promover la generación de cambios curriculares en los programas de pregrado, sino también entregar herramientas dentro de la institución o centro de salud que permitan un abordaje correcto ante la muerte de

pacientes, mediante el desarrollo de políticas y programas de apoyo emocional y desarrollo profesional que beneficien y promuevan una adecuada CVP. Lo anterior, potenciaría indirectamente a la mejora de la calidad del cuidado de las personas al final de la vida, contribuyendo al desarrollo de la sensibilización social sobre el proceso de muerte y todo lo que conlleva.

1.3 Formulación del problema de investigación

Por lo anteriormente expuesto, se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el afrontamiento ante la muerte y su asociación con la CVP de los profesionales de salud del Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, durante el segundo semestre del año 2025 y primer semestre del año 2026? ¿Existen diferencias entre el afrontamiento ante la muerte y la CVP de acuerdo a los factores biosociodemográficos y laborales?

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 Marco Teórico

El presente estudio abordará tanto el proceso de afrontamiento ante la muerte como la CVP. Para ello, se utilizarán como fundamentos teóricos, la Teoría Transaccional de los Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (26), que proporciona un marco para comprender cómo una persona gestiona el estrés y las emociones ante situaciones de adversidad, como es afrontar la muerte.

Se integrará, además, la Teoría de Adaptación de Callista Roy (27), la cual destaca la importancia de la adaptación del individuo a los cambios y situaciones estresantes, como la muerte de un paciente, desde una base teórica de enfermería, que, en esta investigación, probará su utilidad también para otras disciplinas del área de salud.

Junto con lo anterior, dado que la presente investigación explorará la relación con la CVP, es que se utilizará el Modelo de Calidad de Vida Profesional de Stamm (28), el cual se centra en los factores que afectan el bienestar y el desempeño de los profesionales en su quehacer diario. Este marco teórico servirá como base para entender las variables que se estudiarán a lo largo de la investigación.

2.1.1 Teoría Transaccional de los Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman

Lazarus y Folkman en 1984 definen el afrontamiento como: “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas (ambientales, estresores) o internas (estado emocional) que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (26). Estos recursos incluyen la salud y la energía física, las creencias existenciales (como la fe en algún creador del universo), y las creencias generales del control que pueda tener el mismo o incluso el medio sobre su problema (26).

Los estilos o estrategias de afrontamiento, según estos autores (29), han de centrarse en el problema, para el manejo de las demandas cognitivas que suponen una amenaza con relación a la persona, y al manejo de las emociones, para la transformación de la incomodidad y poder manejar los estados emocionales que produce el suceso estresante, con el propósito de actuar de manera adecuada. El afrontamiento centrado en el problema tiene que ver con aquellas intervenciones encaminadas a determinar inconvenientes y proponer soluciones con base en los costos, beneficios, utilidades y preferencias. En cambio, el afrontamiento centrado en las emociones está formado a partir de técnicas y métodos cognitivos enfocados en reducir el grado de trastorno emocional, teniendo en cuenta estrategias como la evasión, escucha activa y comparación de hechos negativos y positivos (30).

Otro de los conceptos clave de la teoría es la evaluación cognitiva, el cual es el proceso mediante el cual un individuo valora una situación en términos de su significado y consecuencias. Esta evaluación determina si un evento es percibido como una amenaza, un reto o algo neutral. Existe la evaluación primaria, que se refiere a la valoración inicial de la situación, donde se percibe si esta es peligrosa o si constituye un desafío. Mientras que la evaluación secundaria, es el proceso de determinar los recursos disponibles para hacer frente a la situación, es decir, la capacidad personal para manejar la amenaza (26).

Por último, la teoría sugiere que el estrés se produce cuando las demandas de una situación superan los recursos disponibles del individuo para hacerle frente. Y la forma en que una persona maneja el estrés está determinada por su evaluación cognitiva y las estrategias de afrontamiento utilizadas (29).

Al aplicar esta teoría al contexto de afrontar la muerte de un paciente, lo cual constituye una experiencia estresante y difícil, se podría ejemplificar de la siguiente forma:

1. Evaluación primaria ante la muerte: Si el profesional percibe la muerte como una amenaza significativa, puede experimentar sentimientos de desesperación y angustia. Sin embargo, si percibe la muerte como aceptable y como parte natural del ciclo de la vida, puede ser visto como una oportunidad.
2. Evaluación secundaria ante la muerte: Implica que el profesional valore

los recursos disponibles para lidiar con la pérdida, y de esta manera ser más capaz de manejar las emociones, como contar con una red de apoyo en el trabajo, familia, etc. Por el contrario, si no cuenta con aquello, puede sentirse vulnerable y afectado.

3. Afrontamiento centrado en el problema: Podría implicar tomar medidas prácticas para dar aviso a los familiares, gestionar los asuntos legales relacionados, retiro de invasivos, etc. Este enfoque puede ayudar a la persona a sentir que tiene control sobre la situación.

4. Afrontamiento centrado en la emoción: Podría incluir buscar apoyo emocional en el trabajo, en colegas, familiares, o terapeuta. Búsqueda de técnicas de relajación, meditación, religión, etc.

2.1.2 Modelo de Adaptación de Callista Roy

El modelo de Callista Roy, permite comprender y guiar la investigación propuesta sobre afrontamiento ante la muerte y cómo esta situación podría relacionarse con la CVP de los profesionales de salud del Programa de CPU de atención primaria, al considerar en sus planteamientos que el ser humano es un ser holístico, en relación constante con su entorno, quienes tienen la capacidad de adaptarse y afrontar cualquier situación (27).

Los conceptos del metaparadigma se definen a continuación:

-Persona: seres holísticos y adaptables, con la capacidad de pensar y sentir, arraigadas en la conciencia y el significado, interactuando constantemente

con su entorno, pudiendo responder a los estímulos ambientales que experimentan.

En consideración con aquello, lo que le suceda a una persona puede repercutir en el grupo en el cual está inserta. En el presente contexto, un profesional de salud que se enfrenta a la muerte de un paciente generará un cambio en el grupo en el que esté inserto, ya sea en la familia de los usuarios, o bien en su propia familia, sus colegas, entre otros, lo cual puede a su vez provocar cambios dentro de su entorno, lo que establece la importancia de evaluar las herramientas que tiene el profesional para afrontar este proceso e identificar aquellas que dificultan su proceso de adaptación.

-El Ambiente / Entorno: es el conjunto de todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y el comportamiento de personas o grupos, como sistemas adaptativos, con particular consideración de la persona y de los recursos del mundo. Considera a aquello que rodea a la persona y lo que está dentro de ella, incorporando sus experiencias y los aspectos que conforman su ambiente interno, incluyendo los estímulos focales (que afectan de forma inmediata a la persona en un momento indicado), estímulos contextuales (estímulos presentes en la situación), y estímulos residuales (creencias, actitudes y factores que provienen de experiencias pasadas), siendo positivos o negativos, es decir, el entorno cambiante impulsará a las personas a reaccionar y adaptarse.

Aplicando esta teoría al contexto del estudio, al momento de querer conocer cuál es el afrontamiento ante la muerte y si esta se relaciona con la CVP de los profesionales de salud del Programa de CPU de atención primaria, es importante considerar cada uno de sus estímulos, por ejemplo, los estímulos focales podrían ser la situación específica de la muerte del paciente y cómo impacta esta noticia en los profesionales. En cuanto a los estímulos contextuales estos pueden hacer referencia a aspectos del lugar de trabajo, las políticas de la institución de salud, las normas y expectativas sociales sobre cómo se maneja el proceso de muerte; y finalmente los estímulos residuales, es decir las creencias o actitudes que presentan y que provienen de experiencias pasadas y que pueden influir en la respuesta del profesional, aludiendo a las creencias personales sobre la vida y la muerte, si ha tenido experiencias previas con la muerte de otros pacientes, así como la formación o capacitación recibida respecto al proceso de fin de vida. Por lo tanto, los elementos del ambiente influirían en la forma en que perciben, interpretan y responden los profesionales de salud ante la muerte de un paciente, desencadenando respuestas adaptativas.

-Salud: es la capacidad de enfrentar o adaptarse de manera continua y competente a las situaciones negativas como: enfermedad, infelicidad, estrés. Alcanzando la plenitud y la unidad dentro de sí mismo. Según la visión de Roy, el factor más importante en relación a la salud es la adaptación, por lo cual una persona que tiene las herramientas para adaptarse a los eventos que le sucedan es capaz de mejorar su salud.

De lo anterior, se puede concluir que conocer el nivel de adaptación de los sujetos que participarán de este estudio ayudará a que, a partir de la identificación de los aspectos que dificulten la adaptación, se establezcan a futuro intervenciones que además de contribuir a la adaptación y el afrontamiento, mejoren su salud y la atención otorgada, gracias a las herramientas adquiridas que permitan afrontar los eventos que acontezcan.

-Enfermería: para la autora de este modelo es una profesión que se dedica a la atención sanitaria y se centra en los procesos humanos vitales y en los modelos que se han de seguir. Tiene el objetivo de promover la adaptación de individuos y grupos en cada uno de los tres modos de adaptación, mejorando las interacciones ambientales, ayudando a las personas a reaccionar positivamente a los estímulos, contribuyendo así a la salud, calidad de vida y la muerte digna. Esta profesión según Roy, amplía la capacidad de adaptación y mejora la transformación del entorno, identificando las actividades de enfermería con el análisis de la conducta y estímulos que influyen en la adaptación.

En el contexto de este proyecto, es fundamental que no solo el profesional de enfermería pueda enfrentar la muerte como un cambio significativo en su entorno laboral y en sus propias emociones, sino que todos los profesionales de salud, puesto que son parte de un equipo interdisciplinario. Por lo tanto, es fundamental que aquellos se adapten continuamente a estas situaciones, reconociendo y gestionando sus propias emociones y reacciones de pérdida. Siendo crucial que reconozcan sus propias necesidades físicas, emocionales

y espirituales, buscando apoyo de colegas, supervisores y servicio de apoyo psicológico si es necesario, con el fin de que puedan utilizar esta experiencia como una oportunidad para reflexionar sobre su práctica, aprender de ella y fortalecer su capacidad de enfrentar situaciones difíciles en el futuro. En conclusión, el profesional de la salud no solo puede aplicar este concepto hacia el paciente y su familia, sino también hacia ellos mismos, permitiendo ofrecer un apoyo más auténtico y efectivo a quienes los rodean.

El Modelo de Roy está centrado en el concepto de adaptación, el cual es el proceso y resultado por medio del cual las personas con pensamientos y sentimientos, en forma individual o grupal, utilizan la conciencia consciente y eligen para crear una integración humana y ambiental (31).

Según Roy: "el nivel de adaptación representa la condición del proceso vital y se describe en tres niveles: integrado, compensatorio y comprometido" (31). El nivel de adaptación integrado describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que trabajan como un todo, para satisfacer las necesidades humanas. En el nivel 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. El nivel de adaptación comprometido se presenta cuando las respuestas de los mecanismos mencionados son inadecuadas y, por lo tanto, resulta un problema de adaptación (31).

En suma, la condición cambiante del nivel de adaptación afecta la habilidad del sistema adaptativo humano para responder positivamente a la situación.

Se debe tener en cuenta que la persona es un sistema abierto, que está inmersa en el ambiente constituido por sus creencias, valores, principios, sentimientos, vivencias y patrones de relación, entre otros. Estos determinan la forma de cómo el individuo se enfrentará a los estímulos del medio y de sí mismo. Y su nivel de adaptación está determinado por los efectos que producen los estímulos focales, contextuales y residuales, logrando la adaptación cuando la persona reacciona de manera positiva ante los cambios que se producen en su entorno, estimulando esta respuesta de adaptación la integridad de la persona.

Mecanismos de afrontamiento de Roy:

Dentro del modelo (figura 1 y 2) se explican dos subsistemas que se relacionan entre sí: el subsistema de procesos de control (regulador y relacionador) y el subsistema de efectos o modos de adaptación (necesidades fisiológicas, autoconcepto de grupo, interdependencia y función del rol), funcionando como métodos de afrontamiento. El regulador a través del modo de adaptación fisiológica reaccionará automáticamente mediante procesos de afrontamiento neuronales, químicos y endocrinos, y el relacionador a través de los modos de adaptación de autoestima, interdependencia y la función del rol reaccionará por medio de los canales cognitivos y emocionales; donde ocurre el procesamiento de la información sensorial, aprendizaje, criterio y emociones. Por lo tanto, esos dos subsistemas se relacionarán a través de la percepción, donde la entrada de información en el regulador hará que se transforme en percepciones. Con lo

anterior, se puede concluir que el individuo al enfrentarse a una situación (estímulo), la evalúa, y con base en su experiencia y conocimientos desencadena una respuesta.

Dentro de los modos de adaptación se encuentran los siguientes (27):

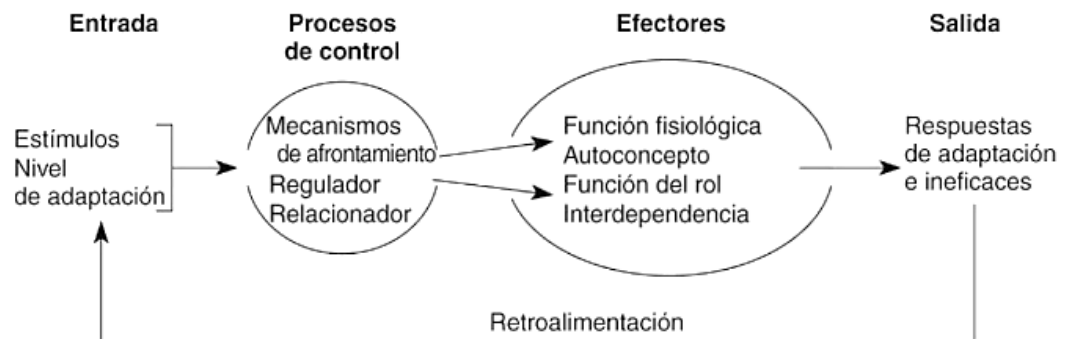
a) Fisiológico-físico: es la forma en la que las personas reaccionan ante su entorno mediante procesos fisiológicos para satisfacer las necesidades. (Ej: Estrés, taquicardia, sudoración, etc.).

b) Autoconcepto de grupo: se refiere a los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano y en la necesidad de saber quién es uno mismo y como se debe actuar en la sociedad. (Ej: Creencias propias, espirituales, religiosas, autoeficacia, etc.).

c) Función del rol: son las expectativas que se tienen de cómo actuará un individuo frente a otro. (Ej: Expectativa que tiene la sociedad o el programa de CPU, respecto a cómo debe actuar el profesional o lo que debe hacer frente a la muerte de un paciente).

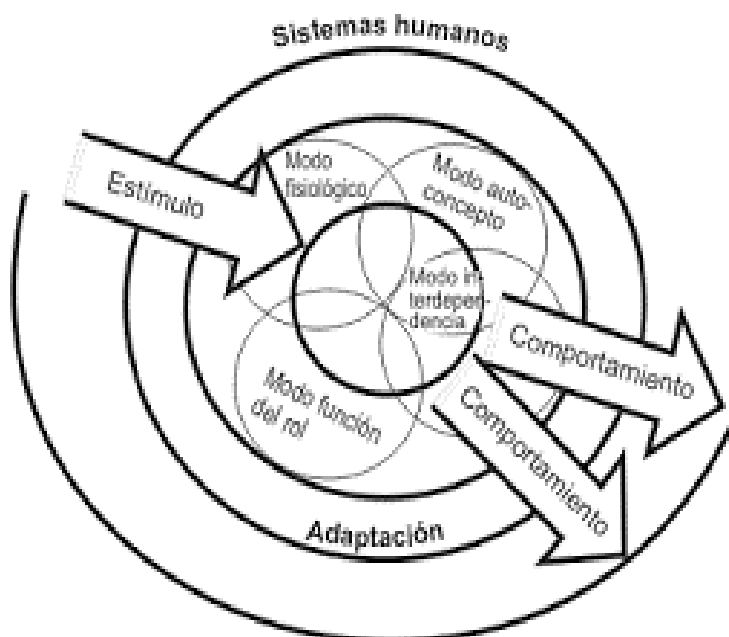
d) Interdependencia: son las interacciones de las personas en la sociedad (especialmente de las personas cercanas como la familia, amigos o Dios). (Ej: Relaciones con sus pares y entre el equipo de salud).

Figura 1. Persona vista como sistema de adaptación.



Fuente: Kenneth P, Robin H. Sor Callista Roy: Modelo de Adaptación. Modelos y Teorías en enfermería, 8 ed. Elsevier Mosby. [Internet]. 2014

Figura 2. Modos de adaptación.



Fuente: Kenneth P, Robin H. Sor Callista Roy: Modelo de Adaptación. Modelos y Teorías en enfermería, 8 ed. Elsevier Mosby. [Internet]. 2014 [Citado 02 de Julio de 2024]; 11 (4): 149-159 (32).

En relación con lo anterior, si un profesional de salud recibe un estímulo de su entorno laboral, el cual puede corresponder al proceso de morir o muerte de un paciente, la respuesta a este estímulo va a generar respuestas fisiológicas que tienen que ver con el grado de estrés y que a su vez podrían ser reguladas por elementos como el autoconcepto, función del rol, interdependencia, que determinarían un comportamiento frente al afrontamiento ante la muerte y el cuidado de fin de vida. Por lo tanto, si el profesional de salud presenta las herramientas adecuadas para el afrontamiento ante la muerte, sería un factor protector ante la situación de estrés que significa la muerte de un paciente. Por el contrario, si las reacciones son ineficaces interrumpirán la integridad de la persona, dificultando su afrontamiento y adaptación.

2.1.3 Modelo de Calidad de Vida Profesional de Stamm

Para situarse en el Modelo de Calidad de Vida Profesional, es necesario comprender conceptos de Calidad de vida general, Calidad de vida relacionada con la salud y Calidad de vida laboral, que a continuación se presentan:

Calidad de vida:

El concepto calidad de vida no posee una definición consensuada entre la comunidad científica, abarcando términos desde la Antigua Grecia hasta años tempranos del siglo pasado. Posee diversas definiciones, sin embargo, todas hacen referencias a múltiples aspectos subjetivos y objetivos que dan

origen a un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades humanas (31). De esta manera, calidad de vida puede ser definida como una “sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social”, la que incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud subjetiva. Y como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico, social y comunidad, y la salud objetivamente percibida (32).

Otros autores (33), la definen como la calidad de las condiciones de vida de una persona, la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta, y por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

Por su parte, la OMS en 1994 define Calidad de Vida como: “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el proceso psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno” (34).

Calidad de vida relacionada con la salud:

El concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), incorpora la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable, y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud (35).

La CVRS es definida por Patrick y Erickson (36) como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. Para Schumaker y Naughton (37) es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. Shwartzmann (38), considera la calidad de vida como un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre la persona y su medio ambiente. De acuerdo a este concepto, la calidad de vida en una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido, y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad. Dicho resultado se mide en la percepción del grado de bienestar físico, psíquico y social, y en la evaluación general de la vida que hace el paciente, teniendo en cuenta los cambios que estas situaciones pueden producir en el sistema de valores, creencias y

expectativas. La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.

Calidad de vida laboral:

La calidad de vida laboral (39) se refiere a un sentimiento de satisfacción y bienestar que la persona trabajadora experimenta como consecuencia de su ajuste a realidades correspondientes al trabajo que desempeña y a su contexto; o como el grado en que la actividad laboral que una persona realiza está organizada para contribuir a su más completo desarrollo como ser humano. Hay que tener en cuenta que ese grado es resultado de una evaluación que, en último extremo, debe hacer la propia persona. Se dice que existen dos dimensiones que determinan el concepto de calidad de vida laboral, una “objetiva” y otra “subjetiva”. La dimensión objetiva está referida a realidades presentes en el hábitat laboral (físico y social) de la persona, e incluye condiciones ambientales del trabajo (condiciones físicas, y características del puesto de trabajo, horarios, retribución, medio ambiente laboral, beneficios y servicios obtenidos, y posibilidades de carrera profesional), condiciones organizacionales del trabajo, estatus laboral (nivel y seguridad en el empleo más retribución), estatus social y relaciones sociales (apoyo social), y el estatus de salud (salud “objetiva”). Esas realidades implican el conjunto de oportunidades que pueden permitir a la persona satisfacer sus necesidades de bienestar, productividad y auto

experiencia positiva, promocionando su desarrollo como ser humano; y eso condiciona finalmente su evaluación de su propia vida laboral, que, justamente, constituye la dimensión subjetiva, la que tiene que ver con un estado de ánimo resultante de la medida en que la persona cree que ha alcanzado un determinado grado en su desarrollo como ser humano, alcanzando un equilibrio o ajuste vital (39).

Calidad de vida Profesional

Considerando lo anterior, Stamm, identifica la CVP, la que constituye una evaluación de la dimensión subjetiva de la propia vida laboral, principalmente en contextos de cuidados paliativos (40,41). De acuerdo con esto, la autora la define como: “El grado de bienestar que uno siente en relación con su trabajo y que se compone tanto de los aspectos positivos como de los negativos” (28).

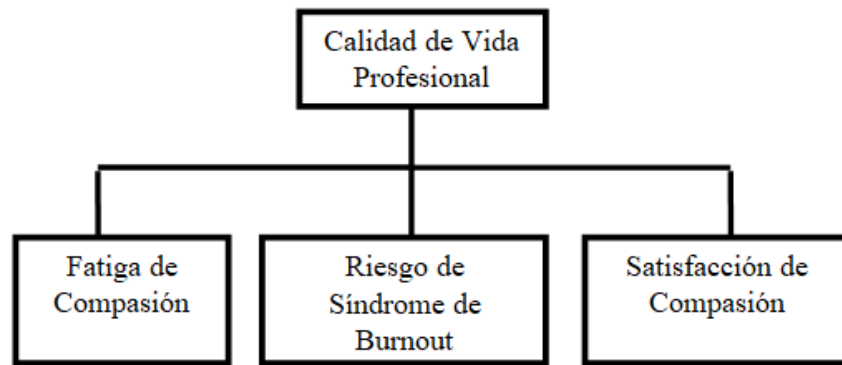
Los componentes de la CVP engloba tres dimensiones (Figura 3) (42):

1. Fatiga de compasión
2. Riesgo de síndrome de burnout
3. Satisfacción de compasión

Se puede observar que los dos primeros términos son interpretados como las consecuencias negativas de los profesionales de la salud. Mientras que la satisfacción de compasión, corresponde a un efecto positivo que se produce en los profesionales que establecen una relación de ayuda con los

pacientes.

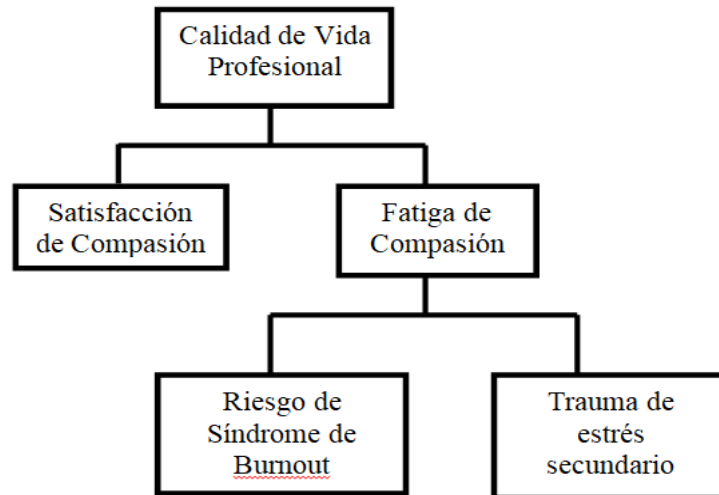
Figura 3. Diagrama de la Calidad de Vida Profesional (Stamm, 2005).



Fuente: Tesis Doctoral Sansó N. Afrontamiento ante la muerte en profesionales de Cuidados Paliativos. Variables moduladoras y consecuentes. [Tesis doctoral]. Universitat de les Illes Balears. Mallorca; 2014. 343 p.

Stamm en el año 2010, añade un cuarto término dentro de la CVP, el trauma de estrés secundario, que forma parte junto con el riesgo de síndrome de burnout, de la denominada fatiga de compasión (Figura 4).

Figura 4. Diagrama de la Calidad de Vida Profesional (Stamm, 2010).



Fuente: Tesis Doctoral Sansó N. Afrontamiento ante la muerte en profesionales de Cuidados Paliativos. Variables moduladoras y consecuentes. [Tesis doctoral]. Universitat de les Illes Balears. Mallorca; 2014. 343 p.

- 1) Fatiga de compasión: se define como un estado de tensión y preocupación crónica producido por el efecto del impacto continuado del cuidado de otras personas. Corresponde al efecto negativo que provoca en el profesional de salud el trabajo con personas traumatizadas, definiéndose como una fatiga debilitante provocada por la repetición continuada de respuestas empáticas ante el sufrimiento y dolor de los demás. Según Stamm en el año 2010, este concepto comprende el estrés traumático secundario y el síndrome de burnout. El estrés traumático secundario se refiere al riesgo que sufre una persona cuando ayuda de manera empática a otra que ha vivido un trauma. Es decir, es el estrés que produce el conocimiento de un evento traumático experimentado por otra persona a la que se quiere

ayudar a reducir su nivel de sufrimiento. Principales síntomas que experimenta un profesional con fatiga de compasión son: sensación de impotencia, enojo y supresión de las emociones, ansiedad, pensamientos intrusivos, apatía, depresión, hipertensión, errores en el juicio clínico, alteraciones del sueño y pesadillas (42).

- 2) Riesgo de síndrome de burnout: el síndrome de burnout es el resultado del estrés que surge de la interacción de los profesionales de salud con el entorno de trabajo, hace mención al agotamiento mental, emocional y físico, causado por un estrés en el trabajo excesivo y crónico. Corresponde a un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización, que consiste en el desarrollo de actitudes negativas hacia otras personas, sobre todo con las que se trabaja, y falta de realización personal, entendida como una actitud negativa hacia sí mismo y hacia su trabajo, con baja moral, baja productividad laboral, poca autoestima e incapacidad para soportar el estrés (42).
- 3) Satisfacción de compasión: este término hace referencia al grado de gozo que el clínico experimenta por ayudar a los demás y por el sentimiento positivo de la labor que ejerce, o a la capacidad de recibir gratificación de la prestación de cuidados. Se diferencia de la satisfacción laboral en que la de compasión, es específica de los profesionales que ayudan a otros, se deriva de la relación de ayuda que se establece con la persona que sufre. A pesar de los factores de

riesgo para mantener el equilibrio emocional de los profesionales, que están habitualmente presentes en los servicios de cuidados paliativos, el hecho de cuidar y atender al paciente y su familia con empatía y compasión, puede ser enriquecedor y gratificante para los profesionales de la salud. La satisfacción de compasión se relaciona con una mayor percepción de autoeficacia en el trabajo, así como con mecanismos de afrontamiento más adecuados y saludables (42).

La presencia de estos factores puede influir en la capacidad de prestar atención sanitaria segura y de calidad, por lo que es importante tener en cuenta la calidad de vida de los profesionales y sus factores asociados, dado el impacto que éste tiene sobre la atención al paciente, puesto que una mala CVP, puede conllevar a una disminución del compromiso con los pacientes, una mala actitud en el trabajo, falta de interés y ausentismo. Por el contrario, una buena CVP puede traducirse en un aumento de la satisfacción de los pacientes con el cuidado recibido (42).

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 Afrontamiento ante la muerte

El afrontamiento ante la muerte, es definido como las habilidades y capacidades que el profesional tiene para afrontarla, así como sus actitudes y creencias sobre dichas capacidades (35). En suma, las personas despliegan un sistema de actitudes que tienen componentes desde lo cognitivo, afectivo y comportamental, es decir lo que piensan de la muerte,

cómo se sienten frente a la muerte y qué hacer ante tal suceso de la vida, lo que está determinado por las formas de socializar en las diferentes culturas (9).

Según Fernández y Hernández (43), la incapacidad de comprender y tratar la muerte, influye en la ética y el comportamiento, siendo de gran importancia el afrontamiento que cada persona presenta ante este suceso.

Magaña et al. (44) identifican que los estilos de afrontamiento en el proceso de muerte y duelo, comúnmente corresponden a estilos de afrontamiento activo y evitativo, centrado en los problemas, emociones o en la búsqueda de trascendencia.

Asimismo, Gesser, Wong y Reker (45), describen las Actitudes hacia la Muerte, identificando actitudes negativas (miedo a la muerte, evitación ante la muerte y aceptación de escape), o bien, positivas (aceptación de acercamiento y aceptación neutral).

Claxton-Oldfield et al. (46), explican que los profesionales de cuidados paliativos deben ser capaces de hablar sobre la muerte y el proceso de morir, proveer soporte emocional para las personas al final de su vida y sus familias, o poder llevar a término asuntos prácticos como son el cuidado físico o los trámites funerarios. Razón por la cual, investigaciones se han centrado en estudiar la competencia de afrontamiento, en donde se ha utilizado la Escala de Afrontamiento de la Muerte de Bugen para poder medirlo (47). Bugen desarrolló este cuestionario con el objetivo de medir la

mejora en la competencia ante la muerte después de atender a seminarios relacionados con el tema, de forma que la escala sirve para: a) medir los beneficios de una educación válida sobre la muerte; b) supervisar si un seminario de educación sobre la muerte es eficaz; y c) enfatizar que el afrontamiento es una consecuencia deseable después de una experiencia de educación sobre la muerte. Se trata de una herramienta compuesta por 30 ítems que, hasta donde se sabe, es el único instrumento creado específicamente para el personal que trabaja en hospicios y servicios de cuidados paliativos (48).

Por ende, se puede decir que la muerte de los pacientes es un proceso complejo y difícil de afrontar, por el desvelo que tiene el profesional de poner a la persona en las mejores condiciones de vida, sin que se piense en la muerte, es por eso que el afrontamiento de la misma y sus actitudes dependen de habilidades cognitivas y recursos personales de los profesionales de la salud, donde un mismo suceso estresante puede generar en cada persona reacciones muy diversas (29).

Es así como, el conocimiento del afrontamiento ante la muerte de los profesionales de la salud del Programa de CPU, permitirá en un futuro realizar intervenciones con aquellos, de manera que les llevarán a ayudarles a desarrollar estrategias que mejoren su afrontamiento. Todo ello conllevará a que sean capaces de resolver los propios conflictos emocionales e influirá en una mejor gestión del trato al paciente moribundo y su familia.

2.2.2 Cuidados Paliativos

Los cuidados paliativos (CP) forman parte de la evolución del ser humano en el mundo (49). La antropología sitúa el origen de los cuidados paliativos en la cultura de las sociedades primitivas respecto a la muerte y los procesos rituales frente a este evento. Hacer visible la permanencia y desarrollo que han tenido los cuidados paliativos en la historia del hombre, pone de manifiesto la importancia que tiene para las personas recibir atención de salud que satisfaga sus necesidades en etapas avanzadas de la enfermedad (49).

En el siglo XIX diversos países industrializados comenzaron una transición epidemiológica, donde se observaron cambios en las causas de mortalidad desde las muertes por enfermedades infecciosas a las defunciones por enfermedades crónicas avanzadas (50).

En 2002, la OMS define a los cuidados paliativos como: “la asistencia paliativa cuyo enfoque busca mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias al afrontar los problemas asociados con una enfermedad en potencia mortal, gracias a la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento impecable del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales” (51).

Otros autores definen los cuidados paliativos como una atención holística y activa a personas de todas las edades que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes que se enfrentan a problemas asociados a

enfermedades que amenazan la continuidad de la vida, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento de los pacientes, sus familias y cuidadores (52,53). Al estar basada en la idea de atención integral, esta propuesta de atención abarca no sólo al paciente afectado por la enfermedad, sino también a su familia, que es fundamental en la unidad de atención, desde el momento del diagnóstico de una enfermedad hasta el periodo de duelo (54).

Se dice que estos cuidados se prestan a pacientes con enfermedades potencialmente mortales y a sus familiares, los cuales pueden darse en los domicilios, centros de salud, hospitales y centro para enfermos terminales. Siendo beneficiosos para los sistemas de salud disminuyendo las hospitalizaciones innecesarias, aliviando el sufrimiento físico, psicosocial y espiritual, y mejorando la calidad de vida (16).

Los cuidados paliativos están reconocidos expresamente en el contexto del derecho humano a la salud, los cuales deben proporcionarse a través de servicios de salud integrados y centrados en la persona que presten especial atención a las necesidades y preferencias del individuo (16). Una amplia gama de enfermedades requieren cuidados paliativos. La mayoría de los adultos que los necesitan padecen enfermedades crónicas tales como enfermedades cardiovasculares (38,5%), cáncer (34 %), enfermedades respiratorias crónicas (10,3%), sida (5,7%) y diabetes (4,6%). Muchas otras afecciones pueden requerir asistencia paliativa; por ejemplo, insuficiencia renal, enfermedades hepáticas crónicas, esclerosis múltiple, enfermedad de

Parkinson, artritis reumatoide, enfermedades neurológicas, demencia, anomalías congénitas y tuberculosis resistente a los medicamentos (16).

En Chile en la década de 1980 comienzan a desarrollarse los cuidados paliativos, siendo en 1983 cuando se crea la Unidad de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor por Cáncer del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, en la ciudad de Temuco, con el fin de otorgar atención a personas con patologías oncológicas en fase terminal (55), posteriormente se crea una unidad en Coquimbo y luego en Santiago. Luego en 1994 surge el Programa Nacional de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos del Ministerio de Salud de Chile (55), y en 2004 se incorpora al Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) mediante la Ley 19.966 para otorgar acceso, cobertura y protección financiera a toda persona con cáncer avanzado (56). En 2009, se publica la Norma General Técnica N° 32, con las directrices del Programa Nacional de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos, que servirían de base para asegurar la evaluación oportuna, tratamiento y seguimiento de cada persona con cáncer avanzado. Se puso en marcha una amplia red asistencial de cuidados ambulatorios formada por casi un centenar de centros hospitalarios de alta, media y baja complejidad, a la que se asocia una red de cuidados domiciliarios provistos por los niveles primario y secundario de atención (55).

Actualmente, en Chile existen 136 unidades de cuidados paliativos en establecimientos hospitalarios de distintos niveles de complejidad, los cuales se ampliarán de forma progresiva hacia la atención de los pacientes no

oncológicos, esperando sumar 5.000 personas el primer año, tanto en la red de atención primaria como en hospitales; con el impulso reciente en el año 2021 de la publicación de la Ley 21.375 que consagra los cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves (57) y la Orientación Técnica Cuidados Paliativos Universales impulsada por el Ministerio de Salud (MINSAL) en 2022 (18), en donde se establece que el equipo multidisciplinario se conforma por un grupo de personas con diferentes formaciones académicas y experiencias profesionales que operan en conjunto teniendo como objetivo común la atención integral del paciente. Este equipo está compuesto por profesionales de medicina, de enfermería, de psicología, de química y farmacia, de fonoaudiología, de kinesiología, de nutrición y trabajador social, los cuales deben tener ciertas funciones y roles descritos para otorgar una atención de calidad (51,19).

La Ley 21.375 (58) reconoce, protege y regula, sin discriminación alguna, el derecho de las personas que padecen una enfermedad terminal o grave a una adecuada atención de salud, incluyendo todos los grupos etarios. Dicha atención consistirá en el cuidado integral de la persona y su familia, orientado a aliviar los padecimientos asociados a una enfermedad terminal o grave, la cual se entiende como una enfermedad o condición patológica grave que haya sido diagnosticada, de carácter progresivo e irreversible, sin tratamiento específico curativo o que permita modificar su sobrevida, o bien cuando los recursos terapéuticos utilizados han dejado de ser eficaces, y

con una expectativa de vida inferior a doce meses. El carácter de terminal de la enfermedad deberá ser siempre diagnosticado por un médico-cirujano. Asimismo, para efectos de esta ley, se entenderá por enfermedad grave aquellas condiciones de salud que generan sufrimientos físicos persistentes, intolerables e incurables en la persona. La definición se complementa con los siguientes principios sobre los cuidados paliativos (58):

1. Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas.
2. Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
3. No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte.
4. Integran los aspectos espirituales, culturales y psicológicos del cuidado de las personas.

Las atenciones pueden otorgarse mediante un modelo de atención domiciliaria, sin desmedro de prestaciones ambulatorias, tanto en atención primaria como secundaria de salud. Considerará, además, la educación y el apoyo psicológico a la familia y a las cuidadoras/es, incluyendo el momento del duelo (58).

Establece además la necesidad de capacitar a los equipos de salud implicados en el proceso, en temas de final de vida y voluntades anticipadas. Junto con ello, las universidades, centros de formación técnica e institutos profesionales que impartan carreras en el área de la salud deberán incorporar contenidos sobre cuidados paliativos (58).

a) Los Cuidados Paliativos en la Atención Primaria de Salud:

La APS representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público de salud y surge como política en salud en 1978 con la Declaración de Alma-Ata, en la cual todos los países del mundo se comprometieron a alcanzar para el año 2000 una salud para todos basándose en una estrategia de atención que implica el concepto integral de la salud en el cuidado de los enfermos (57).

Es definida como la atención sanitaria esencial basada en la práctica, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación y a un costo que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de auto dependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es el eje central y el foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el Sistema Nacional de Salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada (59).

La OMS define a la APS como: “un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de las personas tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de

enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas. La atención primaria de salud garantiza a las personas una atención integral de calidad desde la promoción y la prevención hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, lo más cerca posible de sus lugares habituales” (60).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la atención primaria es un enfoque para la salud y el bienestar centrado en las necesidades y circunstancias de las personas, las familias y las comunidades. Aborda la salud y el bienestar físico, mental y social de una forma global e interrelacionada (61). Proporciona una atención integral de la persona para satisfacer las necesidades sanitarias a lo largo de su vida, no solo para una serie de enfermedades específicas. La atención primaria vela porque las personas reciban un tratamiento integral, desde la promoción y la prevención hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, de una forma lo más ajustada posible a su entorno cotidiano (61).

En Chile la APS representa el primer nivel de contacto con el sistema público de salud y se sustenta en el Modelo de Salud Integral, Familiar y Comunitario, el que responde a las necesidades de sus usuarios, para lo cual la atención debe ser integral, oportuna, de calidad y resolutive, y culturalmente aceptada por la población, fomentando su participación e incluyendo otros sectores (62), brindando atención ambulatoria a través de Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros Comunitarios de Salud

Familiar (CECOSF), Postas Salud Rurales (PSR), Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Servicio de Alta Resolutividad (SAR), entre otros (63,64).

Los CESFAM proporcionan cuidados básicos en salud, con acciones de promoción, prevención, curación, tratamiento, cuidados domiciliarios y rehabilitación de la salud; y atienden en forma ambulatoria. En el CESFAM se trabaja bajo el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, y, por tanto, se da más énfasis a la prevención y promoción de salud, se centra en las familias y la comunidad, da importancia a la participación comunitaria, trabaja con un equipo de salud de cabecera que atiende a toda la familia en salud y enfermedad durante todo el ciclo vital y con estas acciones pretende mejorar la calidad de vida de las personas (63).

En lo que concierne al Programa de CPU de APS, el “Modelo Conceptual de los niveles de necesidad de los pacientes con enfermedades amenazantes para la vida”, representado mediante una pirámide, indica que el grupo más amplio de pacientes, que no requiere acceso a servicios especializados en cuidados paliativos porque sus necesidades pueden ser atendidas a nivel de atención primaria en salud, representa aproximadamente dos tercios de los pacientes al final de la vida, situación que pone de relieve la considerable demanda de cuidados paliativos que puede ser abordada eficazmente por los profesionales de cuidados paliativos de atención primaria (21).

2.3 Marco Empírico

El marco empírico de este estudio se sustenta en investigaciones realizadas a nivel internacional y nacional, destacando no sólo investigaciones de tipo cuantitativo, sino también de tipo cualitativo, las cuales permiten orientar sobre las variables que se relacionan con el fenómeno de estudio, las que se pueden poner a prueba en el proceso investigativo cuantitativo y así determinar su influencia.

Es así como se realizó una búsqueda bibliográfica avanzada en las siguientes bases de datos: Web of Science, SciELO, Biblioteca Virtual en Salud y PubMed. Utilizando para las primeras tres bases de datos los descriptores DeCS: "Actitud frente a la muerte" AND "Calidad de Vida" AND "Trabajo" AND "Atención primaria de salud" AND "Cuidados paliativos". Mientras que para la última se utilizaron términos en formato natural y MeSH: (((("Attitude to Death"[Mesh]) OR (Attitude to Death)) AND (((("Job Satisfaction"[Mesh]) OR (job satisfaction)) OR (quality of life)) OR (quality of work life)) OR ("Quality of Life"[Mesh]))) AND (("Health Personnel"[Mesh]) OR (health personnel))).

Los criterios de elegibilidad fueron: estudios primarios y secundarios, así también, artículos de revisión de la literatura de los últimos 5 años, en idioma español, inglés y portugués, con enfoque cuantitativo o cualitativo que considerarán la medición del afrontamiento ante la muerte con la CVP o el afrontamiento ante la muerte con sus variables relacionadas.

Cabe destacar, que por la escasa evidencia recuperada se tuvo que ampliar el rango de tiempo a estudios de los últimos 10 años, lo que se puede enlazar con la importancia de estudiar el fenómeno para actualizar los conocimientos y las investigaciones respecto al tema. De los artículos recuperados se seleccionaron 17 artículos, los que fueron realizados en diferentes países, que supone diferentes contextos culturales, los que se detallan a continuación:

Un estudio realizado en China el año 2023, tuvo por objetivo explorar si la percepción de la muerte en enfermeras tiene un efecto indirecto sobre la competencia para afrontar la muerte a través de la medición de la actitud hacia la muerte y el sentido de la vida. Los resultados mostraron una relación positiva entre la percepción de la muerte, la competencia para afrontar la muerte, el sentido de la vida y la actitud hacia la muerte. Se observó que la competencia de las enfermeras para afrontar la muerte fue moderada. Por lo que se concluye que la percepción de la muerte podría predecir indirecta y positivamente la competencia de las enfermeras para afrontarla al mejorar la aceptación natural o el sentido de la vida (65).

Una revisión mixta realizada el año 2022, tuvo por objetivo describir, evaluar y sintetizar la literatura sobre el conocimiento, las actitudes y las creencias de las enfermeras registradas hacia el cuidado al final de la vida en entornos de cuidados paliativos no especializados para adultos. Los resultados señalan que las enfermeras registradas en entornos de cuidados paliativos no especializados demostraron un buen conocimiento de los síntomas del

dolor y su manejo, y actitudes positivas hacia el cuidado de los pacientes moribundos y sus familias. Sin embargo, se identificaron déficits de conocimiento en los aspectos psicosociales y espirituales de los cuidados al final de la vida y las enfermeras informaron actitudes negativas hacia la comunicación sobre la muerte. Por ende, es necesario mejorar la educación sobre cuidados paliativos en los entornos de práctica clínica y en los programas de pregrado para mejorar los conocimientos, las actitudes y las creencias de las enfermeras sobre los cuidados al final de la vida (66).

Un estudio realizado en México el año 2021, tuvo como objetivo explorar las actitudes que muestra el personal de enfermería que labora en áreas hospitalarias críticas ante el proceso de la muerte de pacientes. Se tuvo como resultado que el 67.6% del personal de enfermería muestra una actitud de indiferencia ante la muerte y sólo un 9.9% muestra una actitud positiva. Con respecto a la evitación se obtuvo que el 54.9% refieren actitudes negativas. Resaltando que el 43.7% algunas veces prefieren no pensar en la muerte. En relación al temor, el 46.5% manifiesta que pensar en la muerte les genera ansiedad, mientras que el 39.4% ve la muerte como algo natural. Es decir, enfrentar la muerte es un proceso difícil, por lo tanto, estos temas deben ser atendidos desde la formación profesional, lo que debería traducirse a una educación continua que permita el desarrollo de habilidades para afrontarla de manera adecuada (67).

Un estudio realizado en España y Chile el año 2020, tuvo como objetivo valorar el nivel de afrontamiento de la muerte, mediante la escala de Bugen, en un grupo de enfermeros de atención primaria y atención especializada de las provincias de Navarra (España) y Los Ríos (Chile), obteniendo como resultado que existen diferencias significativas de afrontamiento a la muerte según el lugar de origen, la edad de los participantes, los años de experiencia profesional, el contexto de trabajo, la religión, la experiencia en rituales funerarios y los antecedentes de pérdida y duelo. Por ende, en el ámbito de enfermería, la cultura y las características sociodemográficas influyen en el nivel de afrontamiento de la muerte, siendo importante su valoración y su desarrollo a través de programas formativos adaptados a las competencias, para poder alcanzar un adecuado cuidado paliativo al final de la vida (68).

Un estudio publicado el año 2020 en España, tuvo como objetivo evaluar el afrontamiento ante la muerte de un paciente pediátrico en enfermeras, utilizando la Escala de Bugen y relacionarlo con las diferentes variables sociodemográficas y describir las estrategias de afrontamiento personal que utilizan estos profesionales para manejar el proceso y aceptar la muerte del paciente. Se obtuvo como resultado que el 31.7% de las enfermeras afronta el proceso de muerte del paciente pediátrico de forma adecuada, y un 33,33% tiene un mal afrontamiento. El mejor afrontamiento se observó en los profesionales de cuidados paliativos pediátricos. Las variables relacionadas con el afrontamiento incluían el turno de trabajo, la muerte de un ser querido

en los últimos tres años y la formación previa. En cambio, la edad, la experiencia y tener hijos no mostraron relación con el afrontamiento. Además, los profesionales encuestados mencionaron la necesidad de mayor formación en este ámbito para mejorar su afrontamiento, así como la importancia de contar con apoyo psicológico profesional en el entorno laboral (69).

Los estudios que abordan el afrontamiento a la muerte y su asociación con la CVP, corresponden a uno realizado en España el año 2020, el cual tuvo como objetivo explorar el afrontamiento auto percibido por los profesionales de enfermería para trabajar con pacientes moribundos y su relación con el entorno laboral, la práctica clínica y el estrés ocupacional. Se tuvo como resultado que un 66% evaluó su ambiente de trabajo como desfavorable, mostrando estrés ocupacional, sin embargo, un 61% percibía un afrontamiento óptimo. El afrontamiento se asociaba positivamente con el entorno laboral, pero negativamente con el estrés ocupacional y la escasa experiencia laboral. Se concluye que, aunque la mayoría percibía un afrontamiento favorable, el ambiente de trabajo requería mejoras que podrían contribuir a la calidad de la atención de los pacientes al final de la vida (70).

Un estudio efectuado en China el año 2020, tuvo por objetivo explorar la autoeficacia de las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en respuesta a la muerte y los factores predictivos relacionados. Los resultados mostraron que las enfermeras con experiencias de retirada del soporte vital

tuvieron una mejor eficacia de afrontamiento y las que tenían un título de posgrado o superior obtuvieron una puntuación media de actitud vital mejor que las que habían recibido formación universitaria o de nivel universitario. Además, la edad y la antigüedad en la UCI se correlacionaban positivamente con las habilidades de afrontamiento relacionadas con el duelo. Esto indica que el nivel de educación y la experiencia en cuidados paliativos son predictores significativos de la actitud vital de las enfermeras de la UCI, el cual afecta la autoeficacia en respuesta a la muerte. Es así, como se hace necesario promover programas de capacitación en actitudes vitales y cuidados paliativos, con el fin de mejorar la autoeficacia en respuesta a la muerte para mejorar la calidad de la atención (71).

Una revisión sistemática realizada en España el año 2019, tuvo por objetivo revisar en profundidad la percepción y las estrategias de los profesionales de medicina y enfermería para afrontar la muerte de los pacientes al final de la vida en los servicios de urgencias. Los hallazgos extraídos fueron estructurados y agrupados en cuatro categorías temáticas: 1) Prioridad de la atención profesional según las causas y origen de la muerte del paciente; 2) Barreras ambientales del servicio que dificultan la atención al final de la vida; 3) Emociones de los profesionales ante la muerte de los pacientes; 4) Estrategias profesionales ante la muerte de los pacientes. De esta forma, se concluye que los profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) afrontan de forma más eficiente la muerte de los pacientes cuando ésta se produce por una enfermedad crítica que cuando se produce por una enfermedad

crónica o paliativa. El entorno y la falta de formación se han identificado como factores que dificultan la atención al final de la vida en los servicios de urgencias (72).

Un estudio realizado en China el año 2019, tuvo por objetivo investigar el conocimiento y las actitudes de los estudiantes universitarios de enfermería hacia los cuidados paliativos y analizar los factores que influyen, mediante dos cuestionarios. Los hallazgos mostraron que el conocimiento y la escuela, el curso, el género, el lugar de nacimiento y las creencias religiosas tienen impactos estadísticamente significativos. Además, el análisis de regresión logística mostró que hablar sobre la muerte y el cuidado de los familiares moribundos puede tener una influencia significativa en las actitudes de los estudiantes (73).

Un estudio de revisión realizado en España el año 2019, tuvo como objetivo principal mostrar y describir qué vivencias o percepciones tienen las enfermeras al cuidar de un ser humano en la etapa final de su vida. En donde los autores describen que para la enfermera la muerte de un paciente supone un hecho complejo y drástico en su vida, que causa un gran impacto en cada uno de los profesionales, afectando no solo a su vida profesional sino también su vida personal. Se establece que las actitudes, creencias y cultura de la enfermera repercutirán en sus decisiones y prácticas. Además, se indica que las enfermeras manifiestan sentimientos de nerviosismo, impotencia, incertidumbre, culpa o frustración, tristeza, impotencia o rabia, puesto que sienten que no han podido hacer más para lograr la mejoría del

paciente o evitar su muerte, experimentando además un distanciamiento de sí mismas para protegerse de las emociones negativas, sintiéndose menos vulnerables emocionalmente. Se dice que la edad del paciente influye notablemente, puesto que no se vive de la misma forma la muerte de un niño o joven que la de un anciano. Finalmente, se destaca que es evidente que el acontecimiento de la muerte afecta a las enfermeras y que éstas necesitan de estrategias de afrontamiento, puesto que las enfermeras consideran que su formación no es lo suficientemente adecuada respecto al proceso de morir y muerte, y que no existen sistemas de apoyo para los profesionales que se enfrentan a diario al proceso de fin de vida, teniendo como consecuencia que los profesionales sufran, influyendo en la calidad de atención del paciente y sus familiares (74).

Un estudio realizado el año 2018, tuvo por objetivo explorar las percepciones de las enfermeras recién graduadas sobre su preparación para la práctica cuando se enfrentan a la muerte y a la agonía en el lugar de trabajo, particularmente en hospitales rurales y entornos de enfermería comunitaria. Del análisis temático de las entrevistas surgieron cuatro temas: el papel del recién graduado en cuidados paliativos, la preparación para los cuidados paliativos en los programas de grado de enfermería, la preparación para afrontar la muerte y la agonía, y las lagunas en la preparación educativa. Concluyendo que, si bien los cuidados paliativos se consideran un aspecto importante de la formación de enfermería, se reconoce que es un área de práctica para la que los enfermeros sienten que no están adecuadamente

preparados. Identificando la necesidad de incorporar habilidades como mantener conversaciones y comunicarse de manera eficaz con los pacientes y las familias que experimentan problemas al final de la vida, y demostrando la necesidad de una educación de calidad sobre cuidados al final de la vida en los programas de enfermería de pregrado (75).

Un estudio realizado en Israel en el año 2017, tuvo por objetivo evaluar si un alto nivel de exposición a la muerte y a la agonía, podía aumentar el riesgo de una mala CVP en la mayoría de los trabajadores de la salud. Los resultados informaron que se correlacionó significativamente con la CVP entre los trabajadores de la salud con un alto nivel de exposición a la muerte y a la agonía, debido al efecto de interacción informado. Lo que implica que existe una posible relación entre el compromiso y el riesgo de una mala CVP entre los trabajadores con alto nivel de exposición a la muerte y agonía (76).

Un estudio realizado en Chile publicado en el año 2016, tuvo como objetivo evaluar las actitudes hacia el cuidado al final de la vida de enfermeras/os de la región del Bío-Bío, y determinar las variables que ejercen mayor influencia sobre estas. Los resultados evidencian que la actitud hacia el cuidado al final de la vida mostró una tendencia favorable, presentando una asociación directa y estadísticamente significativa con la edad, experiencia laboral, mayor vínculo en tiempo y número de pacientes terminales atendidos, y con la comprensión y regulación emocional. También se presentó una mayor actitud en el sexo femenino. La preferencia por trabajar en cuidados paliativos y ser formador en el área influyeron favorablemente en la actitud;

al contrario, el miedo a la muerte y el trabajo emocional fingido influyeron negativamente la actitud. Los profesionales con alguna formación en posgrado o postítulo presentaron actitudes más favorables respecto de los profesionales sin formación. Las actitudes hacia la muerte, en concreto el miedo, la evitación y la aceptación de escape, se asociaron de manera negativa con las actitudes hacia el cuidado al final de la vida. Este estudio concluye que se requiere formación profesional que oriente la educación de actitudes hacia la muerte y que ayude al afrontamiento emocional y actitudinal hacia el cuidado al final de la vida (8).

Una revisión sistemática con metasíntesis cualitativa realizada el año 2016, tuvo por objetivo resumir la experiencia de las enfermeras recién graduadas con la muerte de pacientes examinando los hallazgos de estudios cualitativos existentes. Donde se identificaron seis temas clave a partir de los hallazgos originales: experiencias emocionales, facilitar una buena muerte, apoyo a la familia, incompetencia en cuestiones de cuidados al final de la vida, crecimiento personal y profesional y estrategias de afrontamiento. Las enfermeras recién graduadas expresaron una variedad de sentimientos cuando se enfrentaron a la muerte de un paciente, pero aun así intentaron facilitar una buena muerte para los pacientes moribundos y brindar apoyo a sus familias. Las enfermeras se beneficiaron de este encuentro desafiante, sin embargo, carecieron de estrategias de afrontamiento (77).

Un estudio realizado en España el año 2015, tuvo por objetivo mejorar el conocimiento de los factores asociados a la vida interior de los profesionales

de cuidados paliativos, mediante la evaluación de una versión adaptada del modelo de autocuidado de Kearney y Kearney. Los resultados demostraron que el autocuidado y la conciencia predijeron positivamente la competencia de los profesionales para afrontar la muerte, y esto, junto con la conciencia, predijeron positivamente la satisfacción de compasión y negativamente la fatiga de compasión y el agotamiento (41).

Otro estudio publicado el año 2015 en España, tuvo por objetivo estudiar las propiedades psicométricas de la Escala de Afrontamiento de la Muerte de Bugen en profesionales de cuidados paliativos y comparar esta competencia frente a otros colectivos en los que se ha evaluado el afrontamiento de la muerte previamente. Los resultados mostraron que al comparar el colectivo de profesionales de cuidados paliativos frente a los de otros estudios, se mostraron diferencias de gran tamaño entre los niveles de competencia en afrontamiento de la muerte, siendo mayor en los profesionales de cuidados paliativos (78).

Un estudio cualitativo publicado el año 2014, tuvo por objetivo explorar las experiencias de los estudiantes de enfermería sobre la muerte y el morir en la práctica clínica. Para esto se realizaron entrevistas semiestructuradas, identificando cinco temas: impacto, formación en cuidados al final de la vida, cuestiones éticas, afrontamiento y vínculos entre aprendizaje, crecimiento y sanación. El tema central fue el enorme impacto que tuvo el encuentro con la muerte, mientras que los otros temas fueron una respuesta a este impacto y/o moduladores de este. Por ende, es fundamental comprender la

experiencia de muerte de los estudiantes de enfermería para minimizar su impacto, donde una formación adecuada ayudaría a garantizar que futuros profesionales de enfermería ofrezcan cuidados de alta calidad a los pacientes y sus familias, minimizando el impacto de la muerte y previniendo la fatiga emocional (79).

Por lo tanto, de acuerdo con la revisión realizada se puede observar escasa evidencia relacionada con el afrontamiento ante la muerte y la CVP en el contexto de los CPU y en los cuidados paliativos a nivel de APS, pudiendo esto hacer hincapié a que es un concepto nuevo y que aún no se ha estudiado en todos los niveles de salud, existiendo un vacío de conocimiento evidente, sumado a que se tuvo que ampliar el rango de años a 10, puesto que hay escasa evidencia actualizada respecto al tema.

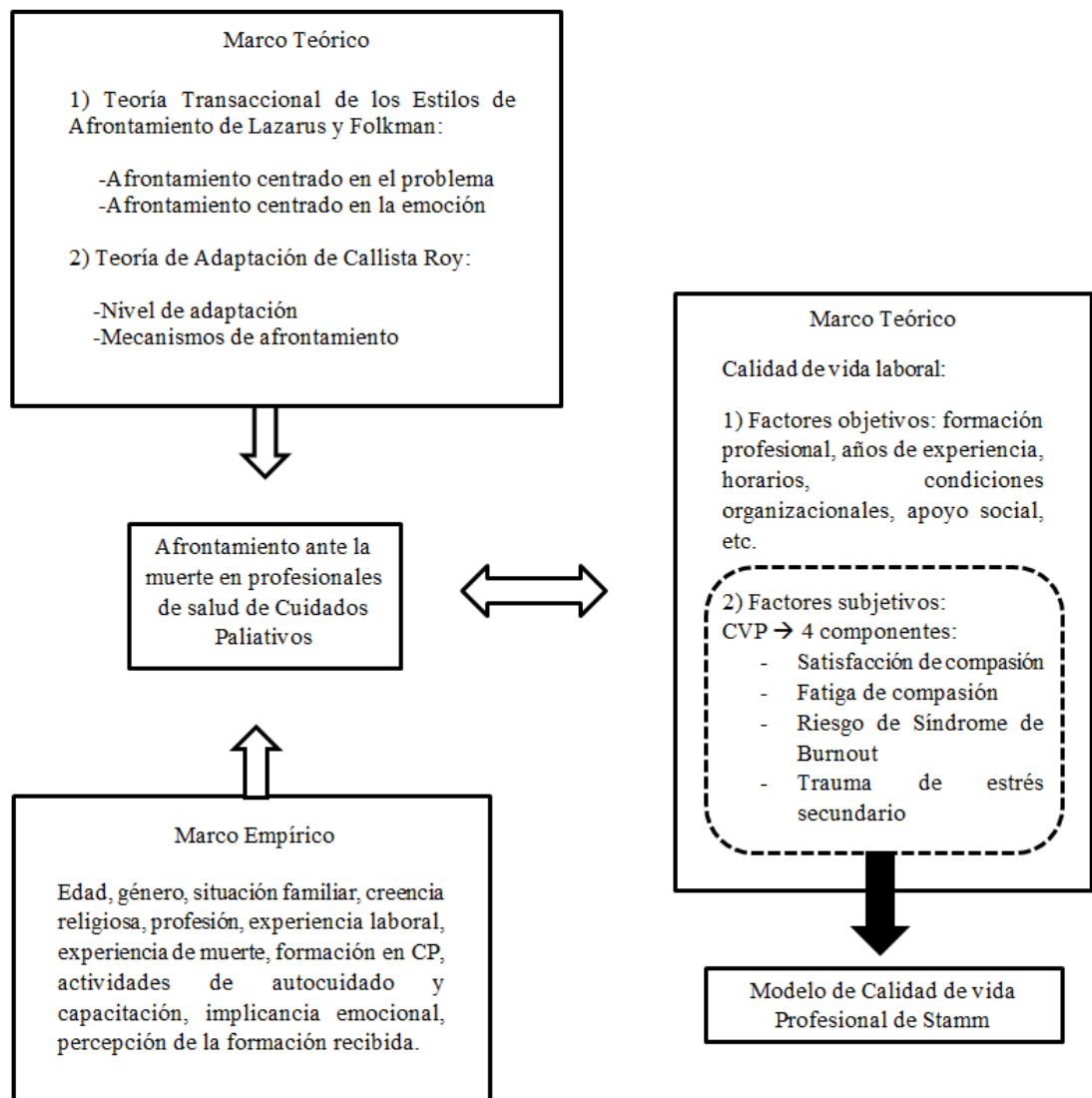
Junto con lo anterior, de los 17 estudios revisados, 13 han estudiado a profesionales y/o estudiantes de enfermería, sin embargo, sólo 4 estudios han abarcado a otros profesionales de la salud, lo que confirma la importancia de conocer la realidad de aquellos sujetos de estudio frente al fenómeno en cuestión.

Análisis general del Marco Teórico Referencial:

Considerando las teorías, el modelo conceptual y la evidencia empírica es posible establecer una comprensión general del fenómeno de estudio que se resume en la figura 5, la cual dará a conocer los elementos que se utilizarán de cada teoría (Teoría Transaccional de los Estilos de Afrontamiento de

Lazarus y Folkman y Teoría de Adaptación de Callista Roy) y modelo conceptual (Modelo de Calidad de vida profesional de Stamm).

Figura 5. Análisis general del Marco Teórico Referencial.



Fuente: Elaboración Propia 2024.

3. OBJETIVO(S)

3.1 Objetivo general

Evaluar el afrontamiento ante la muerte y su asociación con la CVP, estimando las diferencias según los factores biosociodemográficos y laborales de los profesionales de salud del Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, durante el segundo semestre del año 2025 y primer semestre del año 2026.

3.2 Objetivos específicos

- 1) Describir los factores biosociodemográficos y laborales de los profesionales de salud del Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU.
- 2) Determinar el afrontamiento ante la muerte de los profesionales de salud del Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU.
- 3) Determinar la CVP de los profesionales de salud del Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU.
- 4) Establecer la asociación entre el afrontamiento ante la muerte y la CVP según los factores biosociodemográficos y laborales de los profesionales de salud del Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU.

4. VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

Variable dependiente (Definición nominal y operacional Anexo 1):

- a) Calidad de vida profesional

Variables independientes (Definición nominal y operacional Anexo 1):

- a) Afrontamiento ante la muerte
- b) Factores biosociodemográficos:
 - Edad
 - Género
 - Situación familiar
 - Creencia religiosa y/o espiritual
 - Percepción de influencia personal de la religión sobre su actitud a la muerte y el morir
- c) Factores laborales:
 - Factores objetivos:
 - Profesión
 - Experiencia Laboral
 - Experiencia laboral en Cuidados Paliativos
 - Experiencia de muerte
 - Experiencia de muerte en Cuidados Paliativos
 - Frecuencia con la que enfrenta una situación de muerte
 - Formación de curso y/o postgrado en Cuidados Paliativos

- Actividades de autocuidado dentro del equipo de Cuidados Paliativos
- Actividades de capacitación dentro del equipo de Cuidados Paliativos

Factores subjetivos:

- Percepción de la formación recibida en Cuidados Paliativos
- Implicancia emocional

5. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de estudio y diseño

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, de tipo descriptivo, correlacional y corte transversal (80).

Fue de tipo observacional, puesto que el investigador observó y registró el fenómeno sin manipular las variables y sin intervenir en el comportamiento de los sujetos de estudio. Descriptivo, ya que tuvo como finalidad especificar propiedades y características de dos variables principales en un contexto determinado, además de definir las y medirlas. También fue de tipo correlacional, porque este estudio tuvo como propósito conocer el grado de asociación que existe entre el afrontamiento ante la muerte y CVP. De corte transversal, debido a que los datos se obtuvieron en un solo momento, en un tiempo único.

5.2 Población

La población de este estudio estuvo conformada por profesionales de la salud del Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, durante el periodo comprendido entre noviembre de 2025 y abril de 2026. Esta población correspondió a un total de 135 profesionales de salud¹ de distintas disciplinas —medicina, enfermería, psicología, química y farmacia,

¹ Dato obtenido por el Portal de Transparencia. Link: <https://www.consejotransparencia.cl/solicitud-informacionpublica/>

fonoaudiología, kinesiología, nutrición y trabajo social— de ocho comunas del Servicio de Salud Concepción, según se detalla en la Tabla 1.

La red de CPU del Servicio de Salud en estudio estuvo integrada por los CESFAM de las comunas de Concepción, Chiguayante, Hualqui, San Pedro de la Paz, Santa Juana, Coronel, Lota y Florida.

Tabla 1. Composición de profesionales por Servicio de Salud y/o Municipalidad.

Servicio de Salud y/o Municipalidad	N° de profesionales
Servicio de Salud Concepción	8
Municipalidad de Concepción	51
Municipalidad de Lota	22
Municipalidad de Santa Juana	14
Municipalidad de Hualqui	8
Municipalidad de Coronel	8
Municipalidad de San Pedro de la Paz	8
Municipalidad de Chiguayante	9
Municipalidad de Florida	7
TOTAL	135

Fuente: Elaboración Propia 2025.

5.3 Unidad de Análisis

La unidad de análisis estuvo representada por el profesional de salud del Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío.

5.4 Muestra

La muestra censal estuvo conformada por 96 participantes. No se realizó cálculo del tamaño muestral, ya que el estudio consideró la totalidad de la población elegible. Previamente, se estimó una tasa de participación del 70% y una pérdida potencial del 30%, atribuible a rechazo, permisos administrativos o licencias médicas. Esta estimación se basó en el estudio de Espinoza et al. (8), que reportó una participación del 58% mediante entrevistas y el envío de información por correo electrónico. En el presente estudio, el reclutamiento se efectuó de manera presencial y personalizada, alcanzándose una tasa de participación del 71,1% de la población total.

5.5 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión: Profesionales de salud (de medicina, enfermería, psicología, química y farmacia, fonoaudiología, kinesiología, nutrición y trabajador social) independiente de su condición contractual: titulares, contratados o reemplazantes, que trabajen en el Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío. La condición es independiente de las horas dedicadas y del tiempo de permanencia en el Programa de CPU.

Criterios de exclusión: Profesionales de salud que se encuentren con permiso sin goce de sueldo o licencia médica durante el período de recolección de datos.

Estos criterios ayudaron a garantizar que los participantes seleccionados pudieran aportar información relevante y significativa para el estudio.

5.6 Procedimiento y/o Técnicas de recolección de información

5.6.1 Procedimiento de acceso a los potenciales participantes del estudio

- a) Se inició obteniendo las autorizaciones éticas de los Comité que correspondían, es decir, del Comité Ético Científico (CEC) de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, y CEC del Servicio de Salud Concepción.
- b) Junto con lo anterior, se solicitaron los permisos a los directores de cada Dirección de Administración de Salud Municipal (DAS) que pertenecen a la red de CPU de un Servicio de Salud, y a los directores de cada CESFAM correspondiente, mediante una carta de apoyo (Anexo 3).
- c) Una vez obtenida la aprobación de los CEC respectivos, se solicitó a cada director de CESFAM, que entregó previamente su respaldo para la realización de la investigación, su autorización para realizar una

reunión con los profesionales de salud del Programa de CPU para presentar la investigación. Cabe destacar, que se resguardó la participación de profesionales de distintos estamentos utilizando todas las instancias para poder llegar a todos ellos.

- d) En este encuentro con los profesionales, ya fuera de manera personal o en una reunión, se les invitó a participar en la investigación. Para lo cual, se les informó en qué consistía su participación, el objetivo del estudio y la importancia de su participación y colaboración.
- e) Posteriormente, a los profesionales interesados en participar se les detalló el proceso de consentimiento informado de manera libre y voluntaria, el que podía culminar con la firma de éste, en dos copias. Una de ellas, sería para el profesional participante de la investigación.
- f) Luego, la investigadora responsable (María José Cuadra Villa) les entregó el instrumento de investigación, donde se les explicó en qué consistía, cuáles eran sus partes y el tiempo que podían demorar en contestarlo (30 minutos aproximadamente). Este fue auto aplicado y en una sola ocasión.
- g) En caso de no haber sido completado o entregado se procedió a eliminar y no contabilizar ese instrumento.
- h) Cabe destacar que con respecto al lugar de aplicación, se le solicitó a la institución de salud un espacio que contara con las condiciones requeridas, y que mantuviera la confidencialidad, privacidad y tranquilidad.

5.6.2 Instrumento recolector de datos

La técnica de recolección de datos se realizó a través de un instrumento recolector de datos (Anexo 1) que estuvo compuesto de tres partes:

1. Cuestionario de factores biosociodemográficos y laborales:
Cuestionario elaborado por la investigadora, basado en un estudio que aborda la misma temática de la investigación (42), y que tuvo como propósito describir el perfil de los profesionales de salud que participaron de la investigación.
2. Escala de Bugen, Afrontamiento ante la Muerte (81): Escala que midió la competencia que tienen los profesionales para manejar la muerte y el conocimiento relacionado con sus preparativos.
3. Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV (82): Escala que midió la CVP, usada para medir los efectos negativos y positivos del trabajo, en personas que han experimentado eventos extremadamente estresantes.

Cabe destacar que este instrumento fue auto aplicado en una sola instancia, y se estimó que se disponía de un total de 30 minutos aproximadamente para que fuera contestado por los participantes.

A continuación, se describe cada uno de los cuestionarios y escalas:

5.6.2.1 Cuestionario de factores biosociodemográficos y laborales

Esta parte del instrumento tuvo por objetivo caracterizar a los participantes, en relación a variables biosociodemográficas (edad, género, situación familiar, creencia religiosa y/o espiritual, percepción de influencia personal de la religión sobre su actitud a la muerte y el morir) y factores laborales (profesión, experiencia laboral, experiencia laboral en Cuidados Paliativos, experiencia de muerte, experiencia de muerte en Cuidados Paliativos, frecuencia con la que enfrenta una situación de muerte, implicancia emocional, formación de curso y/o postgrado en Cuidados Paliativos, percepción de la formación recibida en Cuidados Paliativos, actividades de autocuidado dentro del equipo de Cuidados Paliativos, y actividades de capacitación dentro del equipo de Cuidados Paliativos).

5.6.2.2 Escala de Bugen, Afrontamiento ante la Muerte

El afrontamiento a la muerte es una competencia que requiere de habilidades y capacidades humanas para afrontarla, y también creencias y actitudes respecto a dichas capacidades (81).

La primera escala de medición de la competencia de afrontamiento ante la muerte surge en el contexto de cuidados paliativos, denominada “Escala de Bugen, afrontamiento ante la muerte” (1980-1981), la cual nace a raíz de la realización de un curso formativo dirigido a un grupo de voluntarios de un Hospice, en donde Bugen diseña esta escala para poder medir de manera objetiva los efectos de la formación sobre el nivel de competencia ante la

muerte de los discentes. Con este enfoque Bugen pretendía no solo medir los beneficios de una educación válida sobre la muerte, sino que también supervisar si un seminario de educación sobre la muerte es eficaz, y enfatizar que el afrontamiento es una consecuencia deseable tras una experiencia en educación sobre la muerte. Esta corresponde al primer instrumento psicométrico para medir dicho constructo, originalmente creado y validado en el idioma inglés (83).

Esta escala está conformada por 30 ítems, que puntúan en una escala con formato tipo Likert, que van de 1 («totalmente en desacuerdo»), 4 («neutral») a 7 («totalmente de acuerdo»). Se obtiene una puntuación total en competencia en afrontamiento de la muerte a partir de la suma de todos los ítems, teniendo que invertir los ítems 13 y 24 (83), de forma que la puntuación total de los sujetos puede oscilar entre 30 y 210, valores inferiores a 105 puntos (percentil 50) indican un afrontamiento inadecuado y valores superiores a 157 (percentil 75) un afrontamiento óptimo (78).

La consistencia interna informada de la escala, se evidencia con un alfa de Cronbach de 0.89 para un valor $p < 0,001$ para un grupo de estudiantes licenciados y no licenciados, mientras que en un grupo de voluntarios en centros paliativos se destaca un alfa de Cronbach de 0.90 para un valor $p < 0,001$ (84).

Fue validada al español en el año 2007 con participantes españoles y cubanos, obteniendo una consistencia interna equivalente a un alfa de Cronbach de 0,824, indicando que se trata de un instrumento altamente

fiable, adecuado psicométricamente, exhaustivo y conceptualmente puro (85).

Posteriormente en el año 2015 Galiana et al, evaluaron las características psicométricas de la escala de Bugen, quienes decidieron eliminar cuatro ítems de ésta, puesto que así, se aumentó su consistencia interna a un alfa de Cronbach de 0,92 (78).

No obstante, de lo anteriormente descrito, en este estudio se utilizó la escala validada en español de Schmidt, dado que conserva los ítems de la escala original.

5.6.2.3 Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV

La Escala de CVP está conformada por 30 ítems. Fue desarrollada por Stamm el año 2005, conocida por sus siglas en inglés como ProQOL, es la más utilizada para medir la percepción de los profesionales sobre los efectos negativos y positivos del trabajo con personas que han experimentado eventos extremadamente estresantes (82).

Esta escala mide la CVP por medio de tres dimensiones:

1. Fatiga de compasión (lo componen los ítems 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28)
2. Riesgo de síndrome de burnout (integrada por los ítems 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29)

3. Satisfacción de compasión (compuesta por los ítems 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27 y 30).

Estas tres dimensiones se evalúan mediante 10 ítems cada una, que puntúan en una escala tipo Likert de 0 a 5 puntos: 0 Nunca – 1 Raramente – 2 Algunas veces – 3 Con alguna frecuencia – 4 Casi siempre – 5 Siempre. Las variables de satisfacción de compasión, fatiga de compasión y riesgo de síndrome de burnout, se obtienen a partir de la suma de los ítems de cada dimensión (82). Previo al cálculo de las puntuaciones, los ítems 1, 4, 15, 17 y 29 se deben invertir, manteniendo el valor 0 sin modificación (86). Los resultados obtenidos se interpretan por separado de acuerdo a cada dimensión, obteniendo 3 categorías de niveles de riesgo: bajo, medio y alto, tal como se demuestra en la tabla 2 (86).

Tabla 2. Interpretación de las puntuaciones del cuestionario ProQOL versión IV.

	Bajo	Medio	Alto
Satisfacción de compasión	0-32	33-41	42-50
Fatiga de compasión	0-7	8-17	18-50
Riesgo de síndrome de burnout	0-17	18-27	28-50

Fuente: Stamm, B. The ProQOL Manual. Institute of Rural Health. Idaho State University. 2005 (86).

La consistencia interna de la escala en estudios previos fue de $\alpha = 0.77$ para la dimensión de satisfacción de la compasión, $\alpha = 0.78$ para la fatiga de

compasión, y $\alpha = 0.54$ para el riesgo de síndrome de burnout (42).

Para esta investigación se utilizó la Escala ProQOL versión IV, puesto que es la versión traducida al español (87).

5.7 Prueba piloto

Previo a la realización del estudio, se aplicó una prueba piloto a 7 profesionales de salud, resguardando la variabilidad de los integrantes de la población, como el estamento, edad y sexo, los cuales además debían cumplir con los mismos criterios de inclusión y exclusión del estudio. La finalidad de esta prueba fue reconocer dificultades de comprensión de las preguntas e ítems del instrumento recolector de datos, identificar el tiempo que se destinaría para contestar las preguntas, y detectar los inconvenientes que se podían presentar durante la aplicación del instrumento.

El pilotaje se realizó posterior a los permisos de los diferentes CEC y previa autorización del director de un CESFAM de la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío. Si el instrumento no contemplaba modificaciones, las unidades muestrales de esta etapa podían considerarse como parte de la muestra censal. De lo contrario, serían excluidos del estudio. Dado que el instrumento no requirió modificaciones tras esta etapa, las unidades muestrales fueron incorporadas a la muestra final del estudio. Cabe señalar que los procedimientos de acceso a los profesionales fueron los mismos de la muestra censal.

5.8 Procesamiento y/o plan de análisis de los datos

5.8.1. Procesamiento de los datos

Los datos recopilados fueron vaciados a una planilla del programa Microsoft Excel. Luego se procedió a la depuración de estos de manera cualitativa y cuantitativa, para posteriormente transportarlos al programa estadístico SPSS versión 28.

Se realizó un análisis descriptivo e inferencial exploratorio, conforme a los objetivos planteados, destacando que el acceso a los datos recolectados fue exclusivo de la investigadora principal, docente guía y asesor estadístico.

Los datos recolectados permanecerán resguardados de forma desidentificada durante 15 años. Para ello, a cada participante se le asignó un código único que impide su identificación. El acceso a la base de datos estará protegido durante todo el período de resguardo mediante una contraseña de uso exclusivo del equipo investigador previamente autorizado.

5.8.2. Plan de análisis de los datos

El detalle del plan de análisis de datos se describe en la tabla 3.

Tabla 3. Descripción del Plan de análisis de datos de acuerdo a los objetivos de estudio.

Objetivos	Variables	Tipo de Análisis	Tipo de Estadígrafo
Describir los factores biosociodemográficos y laborales de los profesionales de salud del Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU.	Factores biosociodemográficos y laborales Cualitativas: Género, situación familiar, creencia religiosa y/o espiritual, percepción de influencia personal de la religión sobre su actitud a la muerte y el morir, profesión, experiencia de muerte, experiencia de muerte en CP, frecuencia con la que enfrenta una situación de muerte,	Descriptivo	Frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas Medidas de resumen, promedio, desviación estándar, para variables cuantitativas

	implicancia emocional, formación de postgrado en CP, percepción de la formación recibida en CP, actividades de autocuidado dentro del equipo de CP, actividades de capacitación dentro del equipo de CP. Cuantitativas: Edad, experiencia laboral, experiencia laboral en CP, actividades de autocuidado dentro del equipo de CP, actividades de capacitación dentro del equipo de CP.		
--	---	--	--

Determinar el afrontamiento ante la muerte de los profesionales de salud del Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU.	Afrontamiento ante la muerte	Descriptivo	Frecuencias absolutas y relativas para su caracterización Medidas de resumen para su dimensión global
Determinar la calidad de vida profesional de los profesionales de salud del Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU.	Calidad de vida profesional	Descriptivo	Frecuencias absolutas y relativas para su caracterización Medidas de resumen para cada dimensión y para su dimensión global

Establecer la asociación entre el afrontamiento ante la muerte y la calidad de vida profesional según los factores biosociodemográficos y laborales de los profesionales de salud del Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU.	Afrontamiento ante la muerte, calidad de vida profesional y factores biosociodemográficos y laborales.	Inferencial exploratorio	Análisis bivariado con coeficiente de correlación de Pearson (distribución normal) Coeficiente de correlación de Spearman (distribución no normal) Para el análisis de todas las variables, modelo de regresión lineal múltiple. En este análisis se consideró un nivel de significancia
---	---	---------------------------------	--

			estadística de 0,05 (α = 0,05).
--	--	--	---

Fuente: Elaboración Propia 2024.

5.9 Control de sesgos

Con el objetivo de asegurar la rigurosidad metodológica y fortalecer la validez interna y externa de la investigación, se implementaron estrategias destinadas a identificar, prevenir y minimizar posibles fuentes de sesgo que pudieran influir en los resultados del estudio. Estas acciones permitieron aumentar la precisión y credibilidad de los hallazgos, favoreciendo una interpretación más sólida y contextualizada de la información obtenida.

A continuación, se detallan las principales medidas que se aplicaron para el control de sesgos durante las diferentes etapas del estudio:

- a) Sesgo de selección: Dado que se realizó un censo e incluyó a la totalidad de la población objetivo, el riesgo de sesgo de selección fue mínimo. Se verificó que todos los registros estuvieran actualizados y que ningún participante elegible quedara excluido, asegurando así una cobertura completa y resultados que reflejaran de manera fidedigna la realidad del grupo estudiado. Asimismo, se garantizó la transparencia en el procedimiento de reclutamiento, describiendo con detalle cómo se identificaron e incorporaron los

participantes, y reconociendo las eventuales limitaciones de representatividad. Además, se controlaron variables sociodemográficas relevantes (por ejemplo, edad, sexo, nivel educativo) para compararlas con las características de la población objetivo y valorar posibles desviaciones.

- b) Sesgo de medición: Se utilizaron instrumentos validados y confiables (cuestionarios estandarizados y escalas con adecuados índices psicométricos), que fueron aplicados de forma uniforme a todos los participantes, siguiendo instrucciones claras y procedimientos estandarizados. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información, reduciendo así el riesgo de sesgo por respuestas condicionadas. Además, se llevó a cabo una prueba piloto para detectar y corregir posibles problemas de comprensión, ambigüedades o sesgos en los ítems a evaluar.
- c) Sesgo de confusión: Se planificó la identificación y el registro de posibles variables confusoras durante la recolección de datos. Posteriormente, se aplicaron análisis estadísticos de control adecuados para minimizar su influencia y reducir la distorsión en la interpretación de los resultados. Adicionalmente, se incluyó una discusión crítica respecto de las variables no controladas, reconociendo su posible efecto sobre la relación observada entre las variables principales del estudio.

d) Sesgo de interpretación: Para reducir este riesgo, los resultados fueron analizados de manera objetiva y sistemática, utilizando procedimientos estadísticos apropiados y fundamentando las conclusiones exclusivamente en la evidencia empírica obtenida. Los hallazgos se contrastaron con la literatura científica vigente, lo que permitió contextualizar e interpretar los resultados de manera crítica y equilibrada. Se aseguró transparencia en el análisis, especificando los procedimientos estadísticos y el software utilizado. Asimismo, se evitaron generalizaciones inapropiadas y se reconocieron claramente las limitaciones del estudio.

6. ASPECTOS ÉTICOS INVOLUCRADOS

En este estudio están contemplados los ocho requisitos según Ezekiel Emanuel (88).

1. Asociación colaborativa: Se estableció entre investigadora y directivos de la DAS que pertenecen a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, y directivos de cada CESFAM correspondiente. Para lo cual, se solicitó su apoyo o respaldo para realizar la investigación, por medio de una carta (Anexo 3), que dio a conocer la importancia y el objetivo del estudio.
2. Valor social: La importancia de este estudio descriptivo, radicó en contribuir a visibilizar aspectos sobre cómo afrontan la muerte y cómo es la CVP de los profesionales de salud que trabajan en el Programa de CPU recientemente conformado. Los resultados obtenidos podrían apoyar estudios y/o intervenciones posteriores y con ello contribuir a mejoras en la salud o al bienestar de todos los involucrados en el proceso de cuidados.
3. Validez científica: Se cauteló con la rigurosidad metodológica empleada durante su diseño, ejecución y análisis. Además, se utilizaron instrumentos de recolección de datos validados y fiables, los cuales fueron aplicados por la investigadora responsable (María José Cuadra Villa), mediante una adecuada selección de participantes en base a los criterios de inclusión. Junto con esto, se consideró

pertinente identificar y controlar potenciales sesgos que pudieran afectar la validez interna y externa de los resultados.

4. Selección equitativa de los sujetos: Se realizó en base a los objetivos y criterios de inclusión del estudio, mediante un censo, en donde todos los profesionales de salud del Programa de CPU que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, fueron invitados a participar.
5. Proporción favorable riesgo-beneficio: Se garantizó la maximización de los beneficios y la minimización de los posibles riesgos. Se estimó que los riesgos asociados a la participación fueran mínimos, y podrían estar relacionados con posibles situaciones de vulnerabilidad en los participantes (por ejemplo: profesionales que estuviesen en tratamiento de salud mental o viviendo un proceso de duelo), o bien asociados a la probabilidad de revivir alguna experiencia dolorosa durante la fase de respuesta del instrumento. Frente a estos hallazgos incidentales el/la participante del estudio podría haberse comunicado con la investigadora principal (María José Cuadra Villa) quién hubiese brindado contención emocional necesaria, o bien podría haber orientado la derivación correspondiente (por sus propios medios) al profesional de salud, de acuerdo a su previsión. Sin embargo, la probabilidad y/o magnitud de los beneficios potenciales esperados se estimaron mayores que los riesgos, puesto que permitieron conocer su afrontamiento ante la muerte y su CVP.

6. Evaluación independiente: El proyecto de investigación antes de ser ejecutado, fue evaluado y aprobado por los tres comités ético-científicos: 1. Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, 2. Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, y 3. Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.
7. Consentimiento informado: En este estudio se aplicaron dos consentimientos informados, uno para el estudio como tal (Anexo 4) y el segundo para la prueba piloto (Anexo 5), según lo dispuesto en la Ley 20.120 y 20.584 (en Chile). Su aplicación se realizó a través de un proceso de comunicación, en donde los profesionales de salud podían decidir su participación, de manera voluntaria, libre y consciente, culminando con la firma del participante. Cabe destacar, que ambos consentimientos informaban su objetivo, en qué consistía su participación y cuáles eran los riesgos y beneficios, estableciendo que podían retirarse libremente del estudio cuando lo desearan, sin que ello implicara consecuencia alguna. Sumado a esto, se describió claramente que la investigadora aseguraría la confidencialidad y privacidad de los datos entregados.
8. Respeto por los participantes: Se resguardó el respeto a los participantes en la totalidad de la dignidad humana, no haciendo discriminaciones o diferencias de acuerdo a su condición física, sexo,

edad, condiciones socioeconómicas, cultura, entre otras. Se respetó su privacidad y confidencialidad, puesto que la información proporcionada fue tratada de manera confidencial y desidentificada, siendo utilizada únicamente para los fines de esta investigación.

a. Al finalizar el estudio, la investigadora principal se compromete a entregar un resumen ejecutivo anonimizado de los resultados a las instituciones participantes. Asimismo, los participantes que deseen conocer sus resultados individuales podrán solicitarlos de manera confidencial, enviando un correo electrónico a la investigadora principal.

b. Frente a la posibilidad de hallazgos relevantes, nuevos riesgos o beneficios emergentes la investigadora principal estableció la siguiente estrategia:

➤ Durante el proceso de recogida de datos, la investigadora tuvo especial atención para ofrecer apoyo o contención emocional a participantes que expresaran alguna afectación, orientando la derivación oportuna (por sus propios medios) al profesional, de acuerdo a su previsión u organismo que corresponda.

➤ Derivado de lo anterior, se podría haber reformulado el consentimiento informado y consultar nuevamente su deseo de continuar respondiendo el instrumento de

investigación. En caso de retiro de su participación, los instrumentos habrían sido eliminados y no se habrían considerado en la investigación.

- Se informó a los participantes que, en caso de existir novedades relevantes, estas se comunicarían a través de los canales institucionales de los CESFAM. Estos canales incluían reuniones de equipo, comunicados internos, circulares o memorandos emitidos por jefaturas, tableros de anuncios, o actas de reunión, de manera que la información llegara a todos los profesionales sin requerir datos de contacto personales.
- En caso de que hubiesen surgido hallazgos relevantes:
 - i. Se elaboraría un comunicado explicativo en lenguaje claro y comprensible.
 - ii. El comunicado sería entregado a través de los canales institucionales ya mencionados.
 - iii. Se ofrecería una instancia para resolver dudas, ya sea presencial o virtual, coordinada por la investigadora principal.

c. Cabe destacar, que los datos se encuentran protegidos y almacenados en una base de datos de forma segura, a la cual

puede acceder únicamente la investigadora responsable (María José Cuadra Villa), docente guía y asesor estadístico. Estos se almacenarán por un periodo de 15 años, y posteriormente las muestras serán destruidas. Junto con lo anterior, se resguardará la confidencialidad y desidentificación de los datos e instituciones, a través de una codificación.

7. PLAN DE TRABAJO

Año	2025												2026							
Actividad planificada	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago
Presentación y defensa de proyecto de tesis ante comisión evaluadora.	x																			
Solicitud de cartas de apoyo y permisos a directores de CESFAM o DAS.			x	x	x	x	x	x	x											
Presentación de proyecto de tesis ante comités ético-científicos correspondientes.			x	x	x	x	x	x	x	x										
Coordinación con los directivos de los centros de CESFAM y profesionales.								x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Aplicación de prueba piloto.											x									
Recolección de datos.											x	x	x	x	x	x				
Análisis de datos.																x	x	x		
Resultados.																		x	x	
Discusión y conclusiones.																			x	
Entrega de tesis a comisión evaluadora.																			x	
Elaboración y envío de artículo de investigación.																			x	x
Defensa de tesis.																				x

Fuente: Elaboración Propia 2026.

8. RESULTADOS

El estudio se llevó a cabo con 96 profesionales de salud pertenecientes al Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, durante el periodo comprendido entre noviembre de 2025 y abril de 2026.

De una población objetivo de 135 profesionales, se alcanzó una tasa de participación de 71,1% (n=96), registrándose una pérdida de 28,9% (n=39). Las principales causas de pérdida se asociaron principalmente a profesionales que se encontraban realizando actividades en terreno durante el proceso de recolección de datos (30,8%; n=12), períodos de pre y postnatal (25,6%; n=10), licencias médicas (23,1%; n=9) y rechazo a participar en el estudio (20,5%; n=8).

La distribución de los profesionales, de acuerdo con el CESFAM de adscripción, se expone en la Tabla 4.

Tabla 4. Distribución de los profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales de atención primaria, de acuerdo con el CESFAM de adscripción, 2026.

Servicio de Salud y/o Municipalidad	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)
Servicio de Salud Concepción	6	6,3
Municipalidad de Concepción	30	31,3

Municipalidad de Lota	7	7,3
Municipalidad de Santa Juana	2	2,1
Municipalidad de Hualqui	11	11,5
Municipalidad de Coronel	6	6,3
Municipalidad de San Pedro de la Paz	11	11,5
Municipalidad de Chiguayante	16	16,7
Municipalidad de Florida	7	7,3
TOTAL	96	100,0

Fuente: Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos. María José Cuadra Villa, 2026.

En la tabla 4 se observa que en la Municipalidad de Concepción se concentró el mayor porcentaje de participación de profesionales de salud pertenecientes al Programa de CPU de atención primaria, mientras que la Municipalidad de Santa Juana registró la menor participación (2,1%). Esta menor representación podría explicarse debido a que, de los seis profesionales pertenecientes al programa en dicha comuna, un profesional se encontraba en período de pre y postnatal (n=1; 16,7%) y tres realizaban actividades en terreno durante el proceso de recolección de datos (n=3; 50,0%), participando únicamente dos profesionales (n=2; 33,3%).

A continuación, se presentan los resultados obtenidos conforme a los objetivos específicos propuestos en esta investigación.

8.1 Análisis estadístico descriptivo de los Factores Biosociodemográficos y laborales

8.1.1 Análisis estadístico descriptivo de los Factores Biosociodemográficos

Tabla 5. Descripción de los factores biosociodemográficos del Programa de Cuidados Paliativos Universales de atención primaria, 2026.

Variable	Categoría	n	%
Edad	23-44 años	79	82,3%
	45-63 años	17	17,7%
	65 o más años	0	0%
Género	Femenino	69	71,9%
	Masculino	27	28,1%
	Otro	0	0%
Situación familiar	Vive solo/a	13	13,5%
	Vive acompañado/a	83	86,5%
Posee creencia religiosa y/o espiritual	Sí	84	87,5%
	No	12	12,5%

Fuente: Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos. María José Cuadra Villa, 2026.

De acuerdo con la tabla 5, la muestra censal estuvo conformada por 96 participantes, predominando profesionales entre 23 y 44 años (n=79, 82,3%), con una edad promedio de 36 años (DE=8,5) (dato no mostrado en la tabla). Respecto al género, predominó el femenino (n=69, 71,9%), más de la mitad de la muestra reportó vivir acompañado/a (86,5%). Finalmente, la mayoría indicó poseer creencias religiosas y/o espirituales (87,5%).

Tabla 6. Descripción de la influencia de las creencias religiosas y/o espirituales en la actitud hacia la muerte y el morir de los profesionales de salud que reportaron poseer creencias religiosas y/o espirituales, del Programa de Cuidados Paliativos Universales de atención primaria, 2026.

Variable	Categoría	n	%
Sus creencias o prácticas religiosas y/o espirituales	No influye en mi actitud hacia la muerte y el morir.	14	16,7%
	Ejercen una pequeña influencia sobre mi actitud hacia la muerte y el morir.	27	32,1%
	Ejercen una fuerte influencia en mi actitud hacia la muerte y el morir.	43	51,2%

Fuente: Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos. María José Cuadra Villa, 2026.

En la tabla 6, se evidencia que de los 84 profesionales de salud que reportaron poseer creencias religiosas y/o espirituales, la mayoría señaló que estas ejercen una fuerte influencia en su actitud hacia la muerte y el morir (n=43, 51,2%), mientras que un menor porcentaje indicó que sus creencias no influyen en dicha actitud (n=14, 16,7%).

8.1.2 Análisis estadístico descriptivo de los Factores laborales

Tabla 7. Descripción de los factores laborales de profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales de atención primaria, 2026.

Variable	Categoría	n	%
Profesión	Enfermero/a	21	21,9%
	Médico/a	21	21,9%
	Trabajador/a social	15	15,6%
	Psicólogo/a	15	15,6%
	Nutricionista	12	12,5%
	Kinesiólogo/a	7	7,3%
	Químico/a farmacéutico/a	5	5,2%
Años de experiencia laboral	Menor a 2 años	4	4,2%
	De 2 a 6 años	43	44,8%
	Mayor a 6 años hasta 39 años	49	51,0%

Años de experiencia laboral en CP	Menor a 2 años	20	20,8%
	De 2 a 6 años	62	64,6%
	Mayor a 6 años hasta 19 años	14	14,6%
¿En qué medida cree que las pérdidas que ha sufrido a lo largo de su infancia, juventud y adultez le han marcado emocionalmente?	Mucho	24	25,0%
	Bastante	39	40,6%
	Poco	26	27,1%
	Nada	7	7,3%
En su trabajo en Cuidados Paliativos, ¿ha estado involucrado/a en el proceso de muerte de un paciente?	Sí	87	90,6%
	No	9	9,4%
¿Con qué frecuencia aproximada se enfrenta a una situación de muerte	Casi a diario	0	0%
	Semanalmente algún caso	20	20,8%
	Algunas veces al mes	52	54,2%
	Raramente / ocasionalmente	24	25,0%

o agonía en su lugar de trabajo?			
¿Con qué frecuencia se implica emocionalmente?	Nunca	3	3,1%
	Raramente	16	16,7%
	Algunas veces	56	58,3%
	Con mucha frecuencia	21	21,9%
¿Usted presenta formación curso y/o postgrado en cuidados paliativos?	Sí	86	89,6%
	No	10	10,4%
<i>Si su respuesta anterior fue afirmativa: ¿De qué tipo?</i>	Curso	74	77,1%
	Diplomado	2	2,1%
	Especialidad	1	1,0%
	Curso y diplomado	8	8,3%
	Curso y especialidad	1	1,0%
¿Cómo percibe la formación recibida en cuidados paliativos en cuanto a su utilidad para	No aplica	3	3,1%
	Mala	3	3,1%
	Regular	41	42,7%
	Buena	41	42,7%

afrontar la muerte de un paciente?	Excelente	8	8,3%
¿En su lugar de trabajo, se realizan actividades de autocuidado dentro del equipo de Cuidados Paliativos?	Sí	52	54,2%
	No	44	45,8%
<i>Si su respuesta anterior fue afirmativa: ¿Cuáles actividades de autocuidado?</i>	No responde	19	19,8%
	Encuentros grupales	17	17,7%
	Actividades grupales autogestionadas	13	13,5%
	Encuentros autogestionados y actividades gestionadas por el CESFAM	2	2,1%
	Desayunar junto al equipo	1	1,0%
<i>Si su respuesta anterior fue afirmativa: ¿Con</i>	1 vez al año	35	36,5%
	1 o 2 veces al año	4	4,2%
	2 veces al año	6	6,3%

qué frecuencia en el año?	3 o más veces al año	1	1,0%
	1 en dos años	1	1,0%
	7 veces al año	5	5,2%
¿En su lugar de trabajo, se realizan actividades de capacitación dentro del equipo de Cuidados Paliativos?	Sí	63	65,6%
	No	33	34,4%
<i>Si su respuesta anterior fue afirmativa: ¿Cuáles actividades de capacitación?</i>	No responde	18	18,8%
	Ofrecidos por el programa de CPU	13	13,5%
	Impartidas de manera externa	30	31,3%
	Jornadas de experiencias y religiosidad	1	1,0%
	Charlas y orientaciones impartidas por médico referente de CPU	1	1,0%
<i>Si su respuesta anterior fue afirmativa: ¿Con</i>	No responde	13	13,5%
	1 vez al año	17	17,7%
	1 o 2 veces al año	12	12,5%

qué frecuencia en el año?	2 veces al año	10	10,4%
	2 o 3 veces al año	2	2,1%
	3 o más veces al año	9	9,4%

Fuente: Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos. María José Cuadra Villa, 2026.

De acuerdo con la tabla 7, la muestra estuvo compuesta por profesionales de diversas disciplinas del área de la salud, predominando enfermeros/as y médicos, quienes representaron cada uno el 21,9% de los participantes. En relación con la experiencia laboral, más de la mitad de la muestra reportó tener más de seis años de experiencia (51,0%), con un promedio de 8,6 años (DE=6,9) (dato no mostrado en la tabla), mientras que la experiencia laboral en CP reportó que un 64,6% tenía de dos a seis años de experiencia, con un promedio de 3,8 años (DE=3,4) (dato no mostrado en la tabla).

Respecto a las experiencias personales relacionadas con las pérdidas, la mayor proporción de participantes señaló que éstas les habían marcado bastante emocionalmente (40,6%). Asimismo, la gran mayoría indicó haber estado involucrado/a en el proceso de muerte de un paciente durante su desempeño en CP (90,6%), enfrentándose principalmente a estas situaciones algunas veces al mes (54,2%), implicándose emocionalmente algunas veces (58,3%) según lo expuesto por la mayoría de los participantes, mientras que un 21,9% señaló hacerlo con mucha frecuencia.

Por otra parte, un 89,6% reportó contar con formación en CP, principalmente a través de cursos (77,1%). En relación con la utilidad de dicha formación para afrontar la muerte de un paciente, las valoraciones se concentraron en las categorías regular y buena, ambas con un 42,7%.

Por otra parte, más de la mitad de los participantes indicó que en su lugar de trabajo se realizan actividades de autocuidado dentro del equipo de CP (54,2%), correspondiendo principalmente a encuentros grupales (17,7%) y actividades grupales autogestionadas (13,5%), siendo la frecuencia más reportada una vez al año (36,5%).

Finalmente, 65,6% indicó que se realizan actividades de capacitación dentro del equipo de CP, las cuales corresponden principalmente a instancias impartidas de manera externa al establecimiento (31,3%), siendo la frecuencia más reportada una vez al año (17,7%).

8.2 Análisis estadístico del afrontamiento ante la muerte, según “Escala de Bugen, afrontamiento ante la muerte”

8.2.1 Análisis estadístico de fiabilidad de la “Escala de Bugen, Afrontamiento ante la muerte”

Tabla 8. Análisis de fiabilidad de la “Escala de Bugen, Afrontamiento ante la muerte”.

Alfa de Cronbach (α)	N° de elementos
0,88	30

Fuente: Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos. María José Cuadra Villa, 2026.

Con el propósito de evaluar la consistencia interna de la “Escala de Bugen, Afrontamiento ante la muerte”, se realizó un análisis de fiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach (α), considerando la unidimensionalidad del instrumento. Como se presenta en la tabla 8, la escala alcanzó un α de 0,88 para su totalidad, valor que indica una alta consistencia interna y respalda la fiabilidad del instrumento para medir el afrontamiento ante la muerte en la muestra estudiada.

8.2.2 Análisis estadístico descriptivo de la “Escala de Bugen, Afrontamiento ante la muerte”

Tabla 9. Análisis estadístico descriptivo por ítem de la “Escala de Bugen, Afrontamiento ante la muerte” de profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales de atención primaria, 2026.

Ítem	M	DE
1. Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo	1,9	1,3
2. Tengo una buena perspectiva de la muerte y del proceso de morir	5,0	1,5

3. La muerte es un área que se puede tratar sin peligro	4,2	1,7
4. Estoy enterado/a de los servicios que ofrecen las funerarias	4,2	1,8
5. Estoy enterado/a de las diversas opciones que existen para disponer de los cuerpos	3,9	1,9
6. Estoy enterado/a de todas las emociones que caracterizan al duelo humano	5,4	1,5
7. Tener la seguridad de que moriré no afecta de ninguna manera a mi conducta en la vida	4,1	2,3
8. Me siento preparado/a para afrontar mi muerte	4,2	1,9
9. Me siento preparado/a para afrontar mi proceso de morir	4,1	1,8
10. Entiendo mis miedos relacionados con la muerte	5,2	1,6
11. Estoy familiarizado/a con los arreglos previos al funeral	4,3	1,9
12. Últimamente creo que está bien pensar en la muerte	4,8	1,7
13. Mi actitud respecto a la vida ha cambiado recientemente *	3,6	1,9

14. Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte	5,6	1,6
15. Puedo poner palabras a mis instintos respecto a la muerte y el proceso de morir	5,2	1,4
16. Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual	5,7	1,6
17. Me importa más la calidad de vida que su duración	6,1	1,3
18. Puedo hablar de mi muerte con mi familia y mis amigos	5,3	1,7
19. Sé con quién contactar cuando se produce una muerte	5,8	1,6
20. Seré capaz de afrontar pérdidas futuras	4,7	1,5
21. Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí	4,4	1,6
22. Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales	6,2	1,1
23. Sé cómo hablar con los niños de la muerte	4,1	1,8
24. Puedo decir algo inapropiado cuando estoy con alguien que sufre un duelo *	5,4	1,5
25. Puedo pasar tiempo con los moribundos si lo	5,2	1,5

necesito		
26. Puedo ayudar a la gente con sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir	5,7	1,3
27. Sería capaz de hablar con un amigo o con un miembro de mi familia sobre su muerte	5,5	1,5
28. Puedo disminuir la ansiedad de aquellos que están a mi alrededor cuando el tema es la muerte y el proceso de morir	5,4	1,4
29. Me puedo comunicar con los moribundos	5,5	1,5
30. Puedo decir a la gente, antes de que ellos o yo muramos, cuánto los quiero	5,9	1,4
M: Media, DE: Desviación estándar. Rango potencial va de 1 («totalmente en desacuerdo»), 4 («neutral») a 7 («totalmente de acuerdo»). *: Ítem 13 y 24 con puntaje invertido. Nota: El ítem 24 debe interpretarse como una menor probabilidad de emitir conductas inapropiadas frente a una persona en duelo, puesto que se invirtió.		

Fuente: Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos. María José Cuadra Villa, 2026.

La tabla 9 presenta los estadísticos descriptivos de los 30 ítems de la “Escala de Bugen, Afrontamiento ante la muerte”. Cabe destacar, que para el cálculo de las puntuaciones, los ítems 13 y 24 fueron recodificados de

forma inversa, conforme a las indicaciones de la versión española validada por Schmidt-RioValle (83).

Las medias de los ítems oscilaron entre 1,9 y 6,2 puntos, siendo los valores más altos registrados en los ítems: 22. “Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales” (M=6,2; DE=1,1), 17. “Me importa más la calidad de vida que su duración” (M=6,1; DE=1,3) y 30. “Puedo decir a la gente, antes de que ellos o yo muramos, cuánto los quiero” (M=5,9; DE=1,4).

Por otra parte, los valores más bajos se observaron en los ítems: 1. “Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo” (M=1,9; DE=1,3), 13. “Mi actitud respecto a la vida ha cambiado recientemente” (M=3,6; DE=1,9) y 5. “Estoy enterado de las diversas opciones que existen para disponer de los cuerpos” (M=3,9; DE=1,9).

Las desviaciones estándar fluctuaron entre 1,1 y 2,3 puntos, correspondiendo esta última al ítem “Tener la seguridad de que moriré no afecta de ninguna manera a mi conducta en la vida” (DE=2,3).

Tabla 10. Estadísticos descriptivos del puntaje total de la “Escala de Bugen, Afrontamiento ante la muerte” de profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales de atención primaria, 2026.

Estadísticos	Puntaje total EBA
Media	146,1
Mediana	148,5

Desviación Estándar	23,1
Mínimo	58,0
Máximo	185,0
Percentil 25	133,0
Percentil 50	148,5
Percentil 75	163,8
EBA: Escala de Bugen, Afrontamiento ante la muerte. Los puntajes de la escala van de un mínimo de 30 a un máximo de 210.	

Fuente: Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos. María José Cuadra Villa, 2026.

De acuerdo con la tabla 10, el puntaje total de la EBA, presentó una media de 146,1 puntos ($DE=23,1$) y una mediana de 148,5 puntos. Los puntajes observados oscilaron entre un mínimo de 58,0 y un máximo de 185,0 puntos. Asimismo, el percentil 25 correspondió a 133,0 puntos, mientras que el percentil 75 alcanzó los 163,8 puntos.

Con el propósito de facilitar la interpretación de los resultados, el puntaje total de la EBA fue categorizado en tres niveles (bajo, medio y alto), mediante la división del rango teórico de la escala (30 a 210 puntos) en intervalos de igual amplitud. De esta forma, se establecieron las categorías: nivel bajo (30 a 90 puntos), nivel medio (91 a 150 puntos) y nivel alto (151 a 210 puntos), cuyos resultados se presentan en la tabla 11.

Tabla 11. Distribución de los niveles de afrontamiento ante la muerte según la “Escala de Bugen, Afrontamiento ante la muerte” de profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales de atención primaria, 2026.

Nivel de Afrontamiento según EBA	N	%
Bajo	2	2,1%
Medio	48	50,0%
Alto	46	47,9%
EBA: Escala de Bugen, Afrontamiento ante la muerte. Nivel bajo: 30-90 puntos; nivel medio: 91-150 puntos; nivel alto: 151-210 puntos.		

Fuente: Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos. María José Cuadra Villa, 2026.

En la tabla 11, se observa que el 50,0% de los profesionales de salud se ubica en nivel medio de afrontamiento ante la muerte, mientras que el 47,9% presenta un nivel alto. En contraste, solo el 2,1% se encuentra en nivel bajo, evidenciando una concentración de los puntajes en los niveles medio y alto de la escala.

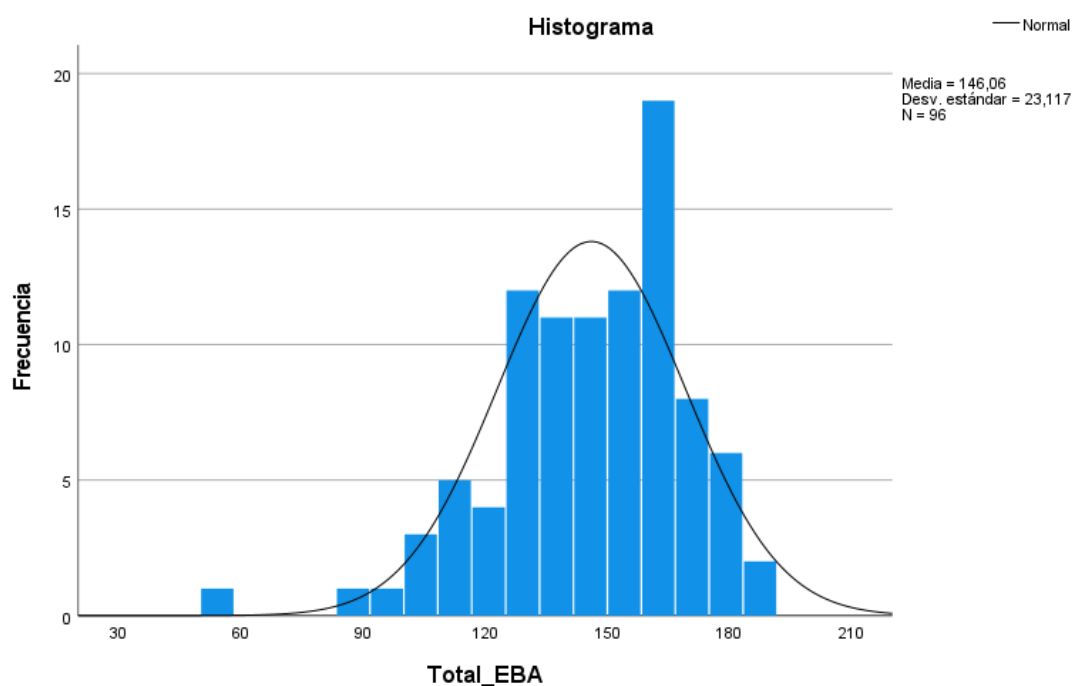
8.2.3 Pruebas de normalidad de la “Escala de Bugen, Afrontamiento ante la muerte”

Tabla 12. Pruebas de normalidad de la “Escala de Bugen, Afrontamiento ante la muerte”.

Media	Mediana	Asimetría	Curtosis	Shapiro-Wilk (p)
146,062	148,500	-0,907	1,308	0,001

Fuente: Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos. María José Cuadra Villa, 2026.

Figura 6. Histograma de la distribución de la “Escala de Bugen, Afrontamiento ante la muerte”.



Fuente: Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos. María José Cuadra Villa, 2026.

La normalidad de la variable fue evaluada mediante el test de Shapiro-Wilk, junto con los coeficientes de asimetría y curtosis y el análisis gráfico del histograma. El test de Shapiro-Wilk fue significativo ($p = 0,001$), lo que indica desviación de la normalidad. Sin embargo, los valores de asimetría y curtosis se mantienen dentro de rangos aceptables, y la inspección visual del histograma sugiere una distribución aproximadamente simétrica. En conjunto, estos resultados permiten asumir una aproximación a la normalidad, justificando el uso de pruebas paramétricas.

8.3 Análisis estadístico de la calidad de vida profesional, según la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV”

La escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV” está conformada por tres dimensiones: fatiga de compasión, riesgo de síndrome de burnout y satisfacción de compasión. Cada dimensión se evalúa mediante 10 ítems puntuados en una escala tipo Likert de 0 a 5 puntos, donde: 0 Nunca – 1 Raramente – 2 Algunas veces – 3 Con alguna frecuencia – 4 Casi siempre – 5 Siempre. Previo al cálculo de las puntuaciones, los ítems 1, 4, 15, 17 y 29 se deben invertir, manteniendo el valor 0 sin modificación (86). Los puntajes de cada dimensión se obtienen a partir de la suma de los ítems que las componen. A continuación, se presentará el análisis estadístico de fiabilidad y el análisis descriptivo de los ítems correspondientes a cada una de las dimensiones de la escala.

8.3.1 Análisis estadístico de fiabilidad de la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV”

Tabla 13. Análisis de fiabilidad de la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV”, por dimensiones.

Dimensión	Alfa de Cronbach (α)	Nº de elementos
Fatiga de compasión	0,84	10
Riesgo de Síndrome de Burnout	0,63	10
Satisfacción de compasión	0,75	10

Fuente: Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos. María José Cuadra Villa, 2026.

Con el propósito de evaluar la consistencia interna de la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV”, se realizó un análisis de fiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach (α), considerando las tres dimensiones del instrumento. Como se presenta en la tabla 13, la dimensión fatiga de compasión presentó una consistencia interna alta ($\alpha=0,84$), mientras que la dimensión satisfacción de compasión mostró una consistencia interna aceptable ($\alpha=0,75$). Por su parte, la dimensión riesgo de síndrome de burnout presentó una consistencia interna menor al recomendado ($\alpha=0,63$).

8.3.2 Análisis estadístico descriptivo de la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV” en su dimensión Fatiga de compasión

Tabla 14. Análisis estadístico descriptivo de los ítems de la dimensión Fatiga de compasión de la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV” de profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales de atención primaria, 2026.

Ítems Fatiga de compasión	M	DE
2) Estoy preocupado/a por una o más personas a las que he ayudado.	3,4	1,1
5) Me sobresaltan los sonidos inesperados.	2,2	1,5
7) Encuentro difícil separar mi vida personal de mi vida profesional.	2,0	1,3
9) Creo que he sido afectado/a negativamente por las experiencias traumáticas de aquellos a quienes he ayudado.	1,1	1,0
11) Debido a mi profesión tengo la sensación de estar al límite en varias cosas.	2,0	1,4
13) Me deprimó como resultado de mi trabajo.	1,4	1,2
14) Me siento como si fuera yo el que experimenta el	1,0	1,2

trauma de alguien al que he ayudado.		
23) Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan a las experiencias espantosas de la gente que he ayudado.	0,9	1,2
25) Como resultado de mi trabajo profesional, tengo pensamientos molestos, repentinos.	1,3	1,2
28) No puedo recordar determinados acontecimientos relacionados con víctimas muy traumáticas.	0,9	1,2
M: Media, DE: Desviación estándar. Rangos potenciales van de 0 (Nunca) – 1 (Raramente) – 2 (Algunas veces) – 3 (Con alguna frecuencia) – 4 (Casi siempre) – 5 (Siempre).		

Fuente: Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos. María José Cuadra Villa, 2026.

En la tabla 14, correspondiente a la dimensión fatiga de compasión, se observa que los ítems presentaron medias que oscilaron entre 0,9 y 3,4 puntos. El puntaje promedio más alto correspondió al ítem “Estoy preocupado/a por una o más personas a las que he ayudado” (M=3,4; DE=1,1), seguido por “Me sobresaltan los sonidos inesperados” (M=2,2; DE=1,5). En contraste, los puntajes más bajos se registraron en los ítems “Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan a las experiencias espantosas de la gente que he ayudado” (M=0,9; DE=1,2) y “No puedo recordar determinados acontecimientos relacionados con víctimas muy traumáticas” (M=0,9; DE=1,2).

En términos generales, la mayoría de los ítems de esta dimensión presentó medias inferiores a 2,0 puntos, observándose valores más elevados únicamente en aquellos relacionados con la preocupación por las personas atendidas. Las desviaciones estándar fluctuaron entre 1,0 y 1,5 puntos, lo que evidencia variabilidad en las respuestas de los participantes.

8.3.3 Análisis estadístico descriptivo de la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV” en su dimensión Riesgo de Síndrome de Burnout

Tabla 15. Análisis estadístico descriptivo de los ítems de la dimensión riesgo de síndrome de burnout de la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV” de profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales de atención primaria, 2026.

Ítems Riesgo de Síndrome de Burnout	M	DE
1) Soy feliz.*	2,2	0,7
4) Me siento vinculado/a a otras personas, con ocasión de mi trabajo.*	2,1	1,0
8) Pierdo el sueño por las experiencias traumáticas de las personas a las que he ayudado.	1,3	1,2
10) Me siento “atrapado/a” por mi trabajo.	1,7	1,4
15) Tengo creencias (religiosas, espirituales u otras) que me	1,8	1,2

apoyan en mi trabajo profesional.*		
17) Soy la persona que siempre he querido ser.*	2,4	1,1
19) Por causa de mi trabajo me siento agotado/a.	2,8	1,5
21) Me siento abrumado por la cantidad y tipo de trabajo que tengo que afrontar.	2,5	1,4
26) Me siento “estancado/a” (sin saber qué hacer) por cómo funciona el sistema sanitario.	2,2	1,5
29) Soy una persona demasiado sensible.*	3,0	1,5
M: Media, DE: Desviación estándar. Rangos potenciales van de 0 (Nunca) – 1 (Raramente) – 2 (Algunas veces) – 3 (Con alguna frecuencia) – 4 (Casi siempre) – 5 (Siempre). *: Ítems 1, 4, 15, 17 y 29 con puntaje invertido.		

Fuente: Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos. María José Cuadra Villa, 2026.

En la tabla 15 se evidencia que las medias oscilaron entre 1,3 y 3,0 puntos. El ítem que presentó la media más alta fue “Soy una persona demasiado sensible” (M=3,0; DE=1,5), seguido de “Por causa de mi trabajo me siento agotado/a” (M=2,8; DE=1,5) y “Me siento abrumado por la cantidad y tipo de trabajo que tengo que afrontar” (M=2,5; DE=1,4).

Por otra parte, los puntajes promedio más bajos se observaron en el ítem “Pierdo el sueño por las experiencias traumáticas de las personas a las que he ayudado” (M=1,3; DE=1,2), seguido de “Tengo creencias (religiosas,

espirituales u otras) que me apoyan en mi trabajo profesional” (M=1,8; DE=1,2) y “Me siento vinculado/a a otras personas, con ocasión de mi trabajo” (M=2,1; DE=1,0).

Las desviaciones estándar fluctuaron entre 0,7 y 1,5 puntos, observándose la menor dispersión en el ítem “Soy feliz” (DE=0,7), mientras que la mayor correspondió a los ítems “Por causa de mi trabajo me siento agotado/a”, “Me siento ‘estancado/a’ (sin saber qué hacer) por cómo funciona el sistema sanitario” y “Soy una persona demasiado sensible” (DE=1,5).

8.3.4 Análisis estadístico descriptivo de la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV” en su dimensión Satisfacción de compasión

Tabla 16. Análisis estadístico descriptivo de los ítems de la dimensión Satisfacción de compasión de la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV” de profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales de atención primaria, 2026.

Ítems Satisfacción de compasión	M	DE
3) Estoy satisfecho/a de poder ayudar a la gente.	4,6	0,6
6) Me siento fortalecido/a después de trabajar con las personas a las que he ayudado.	4,3	0,9
12) Me gusta trabajar ayudando a la gente.	4,7	0,5

16) Estoy satisfecho/a por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de asistencia médica.	3,8	1,0
18) Mi trabajo me hace sentir realizado/a.	4,0	1,0
20) Tengo pensamientos de satisfacción acerca de las personas a las que he ayudado y sobre cómo he podido ayudarles.	4,2	0,8
22) Creo que puedo hacer cambiar las cosas a través de mi trabajo.	3,4	1,1
24) Planeo continuar con mi trabajo por muchos años.	3,8	1,3
27) Considero que soy un buen profesional.	4,3	0,8
30) Estoy feliz por haber elegido hacer este trabajo.	4,4	0,8
M: Media, DE: Desviación estándar. Rangos potenciales van de 0 (Nunca) – 1 (Raramente) – 2 (Algunas veces) – 3 (Con alguna frecuencia) – 4 (Casi siempre) – 5 (Siempre).		

Fuente: Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos. María José Cuadra Villa, 2026.

En la tabla 16 se observa que las medias oscilaron entre 3,4 y 4,7 puntos. El ítem que presentó la media más alta fue “Me gusta trabajar ayudando a la gente” (M=4,7; DE=0,5), seguido de “Estoy satisfecho/a de poder ayudar a la gente” (M=4,6; DE=0,6) y “Estoy feliz por haber elegido hacer este trabajo” (M=4,4; DE=0,8).

Asimismo, los ítems “Me siento fortalecido/a después de trabajar con las personas a las que he ayudado” y “Considero que soy un buen profesional” alcanzaron una media de 4,3 puntos, mientras que “Tengo pensamientos de satisfacción acerca de las personas a las que he ayudado y sobre cómo he podido ayudarles” obtuvo una media de 4,2 puntos. Por su parte, “Mi trabajo me hace sentir realizado/a” presentó una media de 4,0 puntos.

Los puntajes promedio más bajos se observaron en los ítems “Creo que puedo hacer cambiar las cosas a través de mi trabajo” ($M=3,4$; $DE=1,1$), “Estoy satisfecho/a por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de asistencia médica” ($M=3,8$; $DE=1,0$) y “Planeo continuar con mi trabajo por muchos años” ($M=3,8$; $DE=1,3$).

Vale destacar que, todos los ítems de esta dimensión presentaron medias superiores a 3,0 puntos. Las desviaciones estándar fluctuaron entre 0,5 y 1,3 puntos, observándose la menor dispersión en el ítem “Me gusta trabajar ayudando a la gente” ($DE=0,5$) y la mayor en “Planeo continuar con mi trabajo por muchos años” ($DE=1,3$).

8.3.5 Análisis estadístico descriptivo de las dimensiones de la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV”

Tabla 17. Análisis estadístico descriptivo de las dimensiones de la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV de profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales de atención primaria, 2026.

Estadístico	Fatiga de compasión	Riesgo de Síndrome de Burnout	Satisfacción de compasión
Media	16,2	21,9	41,4
Desviación estándar	7,9	6,1	5,0
Mínimo	4,0	10,0	28,0
Máximo	43,0	35,0	50,0
Los puntajes de cada dimensión oscilan entre un mínimo de 0 y un máximo de 50 puntos.			

Fuente: Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos. María José Cuadra Villa, 2026.

En la tabla 17 se presentan los estadísticos descriptivos de las dimensiones de la CVP. La dimensión satisfacción de compasión registró la media más elevada (M=41,4; DE=5,0), seguida por riesgo de síndrome de burnout (M=21,9; DE=6,1) y fatiga de compasión (M=16,2; DE=7,9). Asimismo, la mayor dispersión de los puntajes se observó en la dimensión fatiga de compasión. Los puntajes obtenidos oscilaron entre 4 y 43 puntos para fatiga de compasión, entre 10 y 35 puntos para riesgo de síndrome de burnout y entre 28 y 50 puntos para satisfacción de compasión.

8.3.6 Distribución de los niveles de Calidad de Vida Profesional según las dimensiones de la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV”

Tabla 18. Distribución de los niveles de Calidad de Vida Profesional según las dimensiones de la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV”, de profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales de atención primaria, 2026.

Nivel	Fatiga de compasión n (%)	Riesgo de Síndrome de Burnout n (%)	Satisfacción de compasión n (%)
Bajo	11 (11,5%)	21 (21,9%)	5 (5,2%)
Medio	48 (50,0%)	55 (57,3%)	41 (42,7%)
Alto	37 (38,5%)	20 (20,8%)	50 (52,1%)

Fuente: Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos. María José Cuadra Villa, 2026.

En la tabla 18 se observa que la dimensión fatiga de compasión presentó una distribución concentrada principalmente en el nivel medio, donde el 50,0% de los profesionales de salud se ubicó en esta categoría, seguido del nivel alto con un 38,5%, mientras que el 11,5% correspondió al nivel bajo.

Respecto a la dimensión riesgo de síndrome de burnout, la mayor proporción de participantes se concentró en el nivel medio (57,3%), seguida del nivel bajo (21,9%) y del nivel alto (20,8%).

Por su parte, la dimensión satisfacción de compasión presentó una distribución predominantemente alta, con un 52,1% de los profesionales de

salud en esta categoría, mientras que el 42,7% se ubicó en el nivel medio y el 5,2% en el nivel bajo.

Al considerar las tres dimensiones evaluadas, se observa que la fatiga de compasión y el riesgo de síndrome de burnout se concentraron principalmente en el nivel medio, mientras que la satisfacción de compasión presentó una mayor proporción de participantes en el nivel alto.

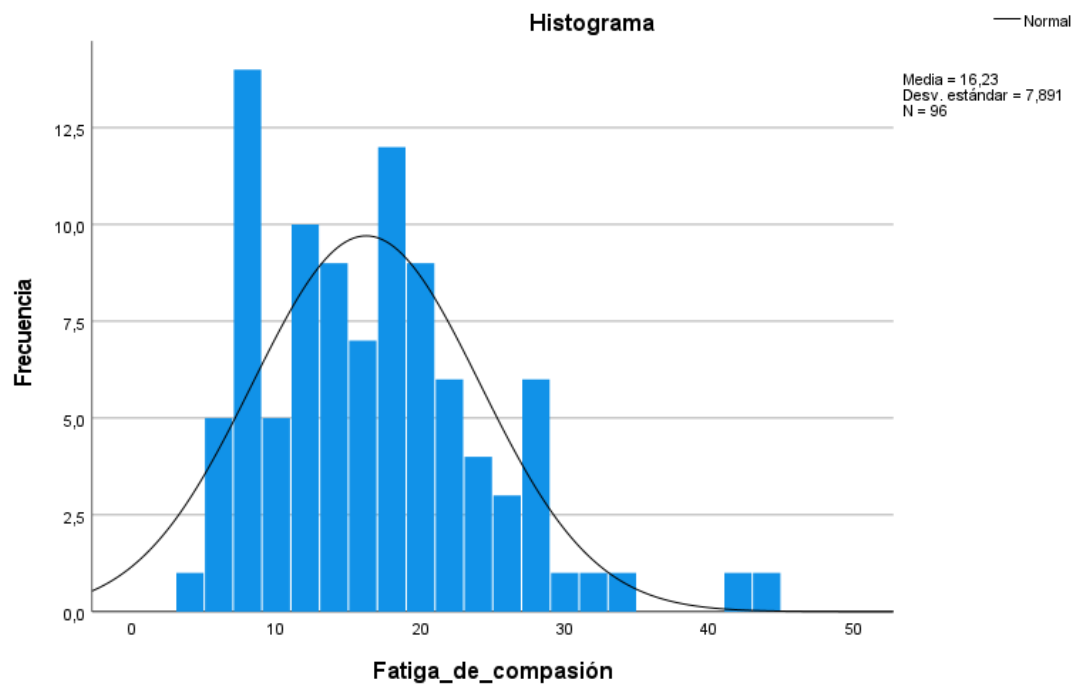
8.3.7 Pruebas de normalidad de la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV”

Tabla 19. Pruebas de normalidad de la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV” según dimensiones.

Dimensión	Media	Mediana	Asimetría	Curtosis	Shapiro-Wilk (p)
Fatiga de compasión	16,2	16,0	0,909	1,128	<0,001
Riesgo de Síndrome de Burnout	21,9	21,5	0,070	-0,616	0,137
Satisfacción de compasión	41,4	42,0	-0,319	-0,484	0,069

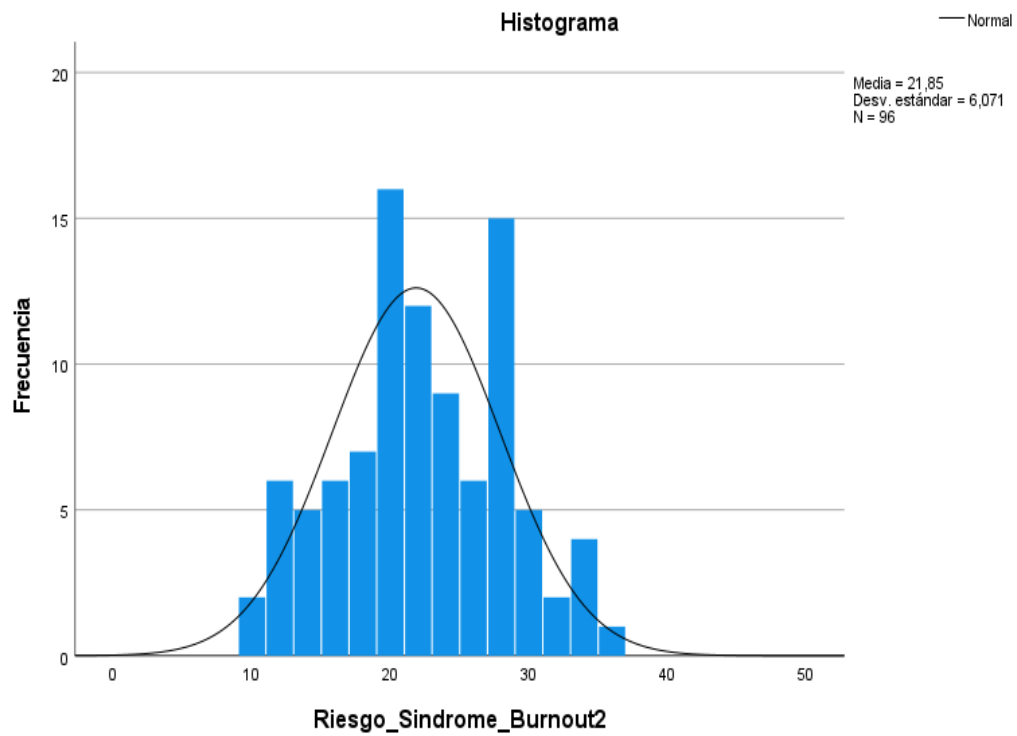
Fuente: Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos. María José Cuadra Villa, 2026.

Figura 7. Histograma de la distribución de la dimensión fatiga de compasión de la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV”.



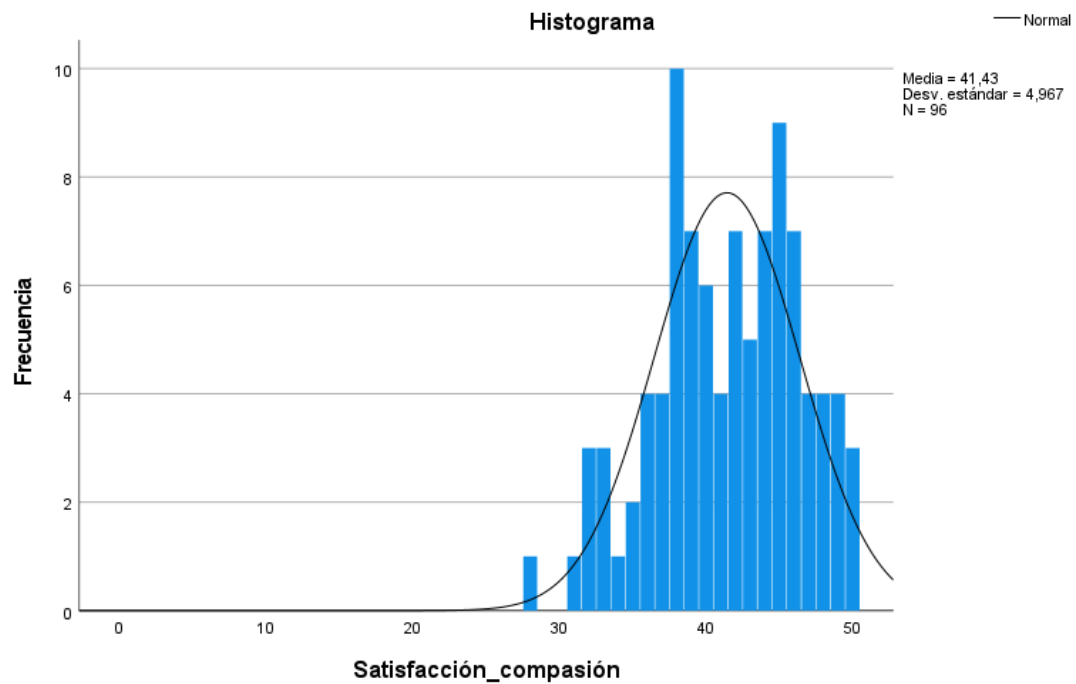
Fuente: Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos. María José Cuadra Villa, 2026.

Figura 8. Histograma de la distribución de la dimensión riesgo de síndrome de burnout de la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV”.



Fuente: Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos. María José Cuadra Villa, 2026.

Figura 9. Histograma de la distribución de la dimensión satisfacción de compasión de la escala “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), versión IV”.



Fuente: Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos. María José Cuadra Villa, 2026.

Según los resultados de la tabla 19, en la dimensión de fatiga de compasión, la prueba de Shapiro-Wilk resultó estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Sin embargo, los coeficientes de asimetría (0,909) y curtosis (1,128) se mantuvieron dentro de rangos aceptables, sugiriendo una desviación moderada respecto de la distribución normal.

En la dimensión de riesgo de síndrome de burnout, la prueba de Shapiro-Wilk no evidenció una desviación estadísticamente significativa de la

normalidad ($p = 0,137$). Asimismo, los coeficientes de asimetría ($0,070$) y curtosis ($-0,616$) respaldan una distribución aproximadamente normal.

Por su parte, la dimensión de satisfacción de compasión no presentó evidencia estadísticamente significativa de desviación de la normalidad según la prueba de Shapiro-Wilk ($p = 0,069$). Los coeficientes de asimetría ($-0,319$) y curtosis ($-0,484$) respaldan una distribución aproximadamente normal.

Considerando conjuntamente los resultados de la prueba de Shapiro-Wilk, los coeficientes de asimetría y curtosis, así como la inspección visual de los histogramas, se observó una aproximación razonable a la normalidad en las dimensiones evaluadas. En consecuencia, se consideró adecuado el uso de procedimientos estadísticos paramétricos para los análisis posteriores.

8.4 Análisis estadístico de correlación entre las dimensiones de la Calidad de Vida Profesional y factores asociados

8.4.1 Análisis estadístico bivariado entre las dimensiones de la Calidad de Vida Profesional y factores biosociodemográficos

Tabla 20. Distribución de las dimensiones de la Calidad de Vida Profesional según factores biosociodemográficos categóricos.

Factores Biosociodemográficos		Calidad de Vida Profesional		
Variable	Categoría	Fatiga de compasión M (DE)	Riesgo de Síndrome de Burnout M (DE)	Satisfacción de compasión M (DE)
Género	Femenino	16,8 (8,2)	21,5 (6,2)	41,8 (4,6)
	Masculino	14,7 (6,9)	22,7 (5,8)	40,4 (5,7)
Situación familiar	Vive solo/a	14,3 (6,0)	24,0 (6,7)	41,7 (5,6)
	Vive acompañado/a	16,5 (8,1)	21,5 (5,9)	41,4 (4,9)
Posee creencia religiosa y/o espiritual	Sí	16,7 (8,1)	21,5 (5,9)	41,3 (5,0)
	No	13,2 (5,9)	24,6 (7,0)	42,3 (5,1)

<i>Si su respuesta anterior fue afirmativa: Sus creencias o prácticas religiosas y/o espirituales</i>	No influye en mi actitud hacia la muerte y el morir.	17,3 (6,4)	22,6 (5,1)	40,9 (4,8)
	Ejercen una pequeña influencia sobre mi actitud hacia la muerte y el morir.	17,2 (6,9)	22,2 (5,1)	40,4 (4,7)
	Ejercen una fuerte influencia en mi actitud hacia la muerte y el morir.	16,0 (9,2)	20,6 (6,4)	41,9 (5,2)

M: Media, DE: Desviación estándar.

Fuente: Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos. María José Cuadra Villa, 2026.

En la tabla 20 se observa en relación con el género, que las mujeres presentan valores ligeramente superiores en fatiga de compasión (M=16,8; DE=8,2) y satisfacción de compasión (M=41,8; DE=4,6), en comparación con los hombres. En cuanto al riesgo de síndrome de burnout, se observa un

puntaje levemente mayor en hombres ($M=22,7$; $DE=5,8$) respecto a las mujeres ($M=21,5$; $DE=6,2$).

En relación a la situación familiar, los participantes que viven acompañados presentan mayor fatiga de compasión ($M=16,5$; $DE=8,1$) y menor riesgo de síndrome de burnout ($M=21,5$; $DE=5,9$) en comparación con quienes viven solos (fatiga de compasión $M=14,3$; $DE=6,0$; riesgo de síndrome de burnout $M=24,0$; $DE=6,7$). La satisfacción de compasión se mantiene similar entre ambos grupos.

En cuanto a la creencia religiosa y/o espiritual, se observan diferencias en las dimensiones de CVP, destacando que los profesionales que no reportan creencias presentan menores puntajes de fatiga de compasión ($M=13,2$; $DE=5,9$), mayores puntajes en el riesgo de síndrome de burnout ($M=24,6$; $DE=7,0$), así como una mayor satisfacción de compasión ($M=42,3$; $DE=5,1$), en comparación con quienes sí declaran poseer creencias.

Finalmente, respecto a la percepción de influencia de las creencias o prácticas religiosas y/o espirituales sobre la actitud frente a la muerte y el morir, se observa que quienes perciben una fuerte influencia presentan una menor media en el riesgo de síndrome de burnout ($M=20,6$; $DE=6,4$) y la mayor media en satisfacción de compasión ($M=41,9$; $DE=5,2$), en comparación con quienes reportan poca o nula influencia.

Tabla 21. Correlación entre la edad y las dimensiones de la Calidad de Vida Profesional.

Factores Biosociodemográficos	Calidad de Vida Profesional					
	Fatiga de compasión		Riesgo de Síndrome de Burnout		Satisfacción de compasión	
	Correlación de Pearson (r)	p	Correlación de Pearson (r)	p	Correlación de Pearson (r)	p
Edad en años	-0,087	0,400	0,119	0,250	0,204*	0,046
p: valor de significancia estadística; p < 0,05						

Fuente: Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos. María José Cuadra Villa, 2026.

En la tabla 21 se observa que, en cuanto a la correlación entre la edad y las dimensiones de la CVP, no se observaron asociaciones estadísticamente significativas con la fatiga de compasión ($r = -0,087$; $p = 0,400$) ni con el riesgo de síndrome de burnout ($r = 0,119$; $p = 0,250$).

Sin embargo, se identificó una correlación positiva débil y estadísticamente significativa entre la edad y la satisfacción de compasión ($r = 0,204$; $p = 0,046$), lo que indica que a mayor edad, mayor es el nivel de satisfacción de compasión en los profesionales evaluados.

8.4.2 Análisis estadístico bivariado entre las dimensiones de la Calidad de Vida Profesional y factores laborales

Tabla 22. Distribución de las dimensiones de la Calidad de Vida Profesional según factores laborales categóricos.

Factores Laborales		Calidad de Vida Profesional		
Variable	Categoría	Fatiga de compasión M (DE)	Riesgo de Síndrome de Burnout M (DE)	Satisfacción de compasión M (DE)
Profesión	Enfermero/a	17,3 (8,8)	23,0 (5,1)	42,3 (4,5)
	Médico/a	14,6 (7,5)	23,1 (6,6)	42,7 (4,3)
	Trabajador/a social	18,7 (10,2)	22,9 (6,5)	39,9 (3,1)
	Psicólogo/a	12,6 (4,5)	20,7 (6,1)	40,8 (6,9)
	Nutricionista	16,8 (6,6)	20,1 (6,8)	40,5 (6,4)
	Kinesiólogo/a	19,3 (8,6)	21,7 (3,7)	40,9 (2,5)
	Químico/a farmacéutico/a	16,4 (6,1)	17,0 (6,1)	41,8 (6,8)
¿En qué medida	Mucho	18,0 (8,7)	21,9 (7,1)	42,0 (4,7)

cree que las pérdidas que ha sufrido a lo largo de su infancia, juventud y adultez le han marcado emocionalmente?	Bastante	16,0 (7,9)	21,8 (6,0)	41,4 (5,2)
	Poco	15,7 (7,8)	22,3 (6,1)	41,2 (4,7)
	Nada	13,4 (4,1)	20,0 (2,6)	40,6 (6,5)
En su trabajo en Cuidados Paliativos, ¿ha estado involucrado/a en el proceso de muerte de un paciente?	Sí	16,4 (8,0)	22,0 (5,9)	41,4 (4,8)
	No	14,3 (7,1)	20,2 (7,5)	41,6 (6,6)
¿Con qué frecuencia aproximada se enfrenta a una situación de muerte o agonía en su lugar de trabajo?	Casi a diario	0	0	0
	Semanalmente algún caso	20,8 (9,2)	24,3 (6,8)	41,2 (5,2)
	Algunas veces al mes	15,4 (7,3)	21,8 (5,0)	41,2 (4,8)
	Raramente / ocasionalmente	14,3 (6,6)	20,0 (7,0)	42,2 (5,3)

¿Con qué frecuencia se implica emocionalmente?	Nunca	11,7 (4,2)	25,3 (9,1)	43,0 (3,6)
	Raramente	14,4 (7,2)	21,4 (5,0)	41,4 (4,6)
	Algunas veces	15,5 (6,2)	21,0 (6,2)	41,4 (5,3)
	Con mucha frecuencia	20,2 (11,3)	24,0 (5,8)	41,3 (4,7)
¿Usted presenta formación curso y/o postgrado en cuidados paliativos?	Sí	16,3 (8,0)	21,8 (6,1)	41,6 (4,9)
	No	16,0 (7,0)	22,6 (6,2)	40,2 (5,7)
<i>Si su respuesta anterior fue afirmativa: ¿De qué tipo?</i>	Curso	16,6 (8,3)	21,7 (6,1)	41,3 (5,0)
	Diplomado	11,0 (5,7)	25,0 (2,8)	43,5 (2,1)
	Especialidad	17,0	26,0	48,0
	Curso y diplomado	14,8 (6,9)	19,9 (6,2)	42,5 (4,2)
	Curso y especialidad	15,0	32,0	42,0
¿Cómo percibe la formación recibida en cuidados	No aplica	15,3 (8,7)	24,0 (5,6)	39,6 (7,6)
	Mala	12,0 (4,6)	21,3 (10,7)	47,0 (1,7)

paliativos en cuanto a su utilidad para afrontar la muerte de un paciente?	Regular	16,8 (7,5)	22,1 (5,0)	40,7 (4,8)
	Buena	16,3 (8,8)	22,0 (6,9)	41,1 (5,0)
	Excelente	14,0 (6,1)	19,5 (5,9)	41,1 (2,7)
¿En su lugar de trabajo, se realizan actividades de autocuidado dentro del equipo de Cuidados Paliativos?	Sí	17,6 (7,5)	22,7 (5,8)	41,3 (5,1)
	No	14,7 (8,1)	20,8 (6,3)	41,5 (4,8)
<i>Si su respuesta anterior fue afirmativa: ¿Cuáles actividades de autocuidado?</i>	No responde	14,9 (6,6)	22,0 (5,8)	41,9 (4,7)
	Encuentros grupales	19,5 (7,3)	24,1 (5,9)	40,0 (5,2)
	Actividades grupales autogestionadas	17,9 (8,3)	21,6 (5,8)	43,0 (5,0)
	Encuentros autogestionados y actividades gestionadas por el	18,0 (9,9)	25,5 (6,4)	41,0 (11,3)

	CESFAM			
	Desayunar junto al equipo	28,0	22,0	42,0
<i>Si su respuesta anterior fue afirmativa: ¿Con qué frecuencia en el año?</i>	1 vez al año	16,9 (6,5)	22,3 (6,2)	41,1 (5,5)
	1 o 2 veces al año	17,5 (6,0)	22,5 (3,7)	44,5 (5,3)
	2 veces al año	19,5 (12,3)	24,8 (6,8)	40,2 (3,4)
	3 o más veces al año	28,0	22,0	42,0
	1 en dos años	13,0	22,0	37,0
	7 veces al año	18,6 (10,2)	23,8 (4,5)	43,0 (4,2)
¿En su lugar de trabajo, se realizan actividades de capacitación dentro del equipo de Cuidados Paliativos?	Sí	16,3 (8,5)	21,9 (6,5)	41,8 (4,8)
	No	16,1 (6,6)	21,8 (5,3)	40,6 (5,3)
<i>Si su respuesta anterior fue afirmativa: ¿Cuáles</i>	No responde	18,5 (11,0)	22,6 (6,7)	42,2 (4,9)
	Ofrecidos por el programa de CPU	16,8 (3,9)	22,0 (5,6)	41,5 (3,3)

actividades de capacitación?	Impartidas de manera externa	14,3 (7,8)	20,8 (6,5)	42,0 (5,4)
	Jornadas de experiencias y religiosidad	13,0	29,0	40,0
	Charlas y orientaciones impartidas por médico referente de CPU	34,0	34,0	43,0
<i>Si su respuesta anterior fue afirmativa: ¿Con qué frecuencia en el año?</i>	No responde	14,3 (8,9)	21,2 (6,7)	43,0 (3,1)
	1 vez al año	16,2 (9,4)	22,6 (5,5)	40,1 (5,4)
	1 o 2 veces al año	15,8 (7,1)	20,4 (7,7)	42,7 (4,7)
	2 veces al año	22,6 (9,7)	24,3 (5,1)	41,7 (3,3)
	2 o 3 veces al año	18,0 (1,4)	18,9 (6,5)	39,0 (11,3)
	3 o más veces al año	12,7 (4,7)	30,5 (4,9)	43,1 (5,6)

M: Media, DE: Desviación estándar.

Fuente: Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos. María José Cuadra Villa, 2026.

En la tabla 22 se presentan las medias y desviaciones estándar de las dimensiones de la CVP según los factores laborales estudiados. En relación con la profesión, los/as kinesiólogos/as y trabajadores/as sociales presentaron las medias más altas de fatiga de compasión ($M=19,3$; $DE=8,6$ y $M=18,7$; $DE=10,2$, respectivamente), mientras que los/as psicólogos/as registraron la menor media en esta dimensión ($M=12,6$; $DE=4,5$). Respecto al riesgo de síndrome de burnout, las mayores puntuaciones se observaron en médicos/as, enfermeros/as y trabajadores/as sociales, mientras que los/as químicos/as farmacéuticos/as presentaron la menor media. En cuanto a la satisfacción de compasión, las medias más elevadas correspondieron a médicos/as ($M=42,7$; $DE=4,3$) y enfermeros/as ($M=42,3$; $DE=4,5$).

Al analizar la percepción del impacto emocional de las pérdidas vividas a lo largo de la vida, se observó una tendencia a mayores puntuaciones de fatiga de compasión entre quienes señalaron que dichas pérdidas les habían marcado emocionalmente "mucho", en comparación con quienes indicaron "nada". En el riesgo de síndrome de burnout y satisfacción de compasión no se observaron variaciones relevantes entre las categorías.

En relación con la experiencia de participar en el proceso de muerte de un paciente, quienes reportaron haber estado involucrados presentaron medias ligeramente superiores en fatiga de compasión y riesgo de síndrome de burnout, respecto de aquellos que no habían vivido esta experiencia, mientras que las medias de satisfacción de compasión fueron semejantes entre ambos grupos.

De acuerdo a la frecuencia de exposición a situaciones de muerte o agonía, los profesionales que enfrentaban estas situaciones semanalmente, mostraron las mayores medias de fatiga de compasión ($M=20,8$; $DE=9,2$) y riesgo de síndrome de burnout ($M=24,3$; $DE=6,8$), mientras que quienes se enfrentaban raramente u ocasionalmente presentaron menores medias en ambas dimensiones. La satisfacción de compasión mostró escasa variabilidad entre las categorías.

En cuanto al grado de implicancia emocional con los pacientes, se observó una tendencia creciente de las medias de fatiga de compasión a medida que aumentaba la frecuencia de implicancia emocional, alcanzando la mayor media entre quienes señalaron implicarse con mucha frecuencia ($M=20,2$; $DE=11,3$). En el riesgo de síndrome de burnout no se observó un patrón definido, registrándose la media más alta entre quienes señalaron no implicarse emocionalmente ($M=25,3$; $DE=9,1$). La satisfacción de compasión se mantuvo relativamente estable entre las distintas categorías.

Respecto a la formación en cuidados paliativos, las medias de las dimensiones de CVP fueron similares entre quienes contaban con formación y quienes no la poseían. Asimismo, la percepción sobre la utilidad de la formación recibida mostró escasas diferencias en las tres dimensiones evaluadas.

En relación con las actividades de autocuidado realizadas dentro del equipo de cuidados paliativos, quienes indicaron que estas se llevaban a cabo en su lugar de trabajo presentaron una media ligeramente superior de fatiga de

compasión y riesgo de síndrome de burnout, mientras que la media de satisfacción de compasión fue similar entre quienes disponían y quienes no disponían de dichas actividades. Del mismo modo, las actividades de capacitación y su frecuencia de realización mostraron variaciones reducidas en las dimensiones de CVP.

Tabla 23. Correlación entre los años de experiencia laboral y las dimensiones de la Calidad de Vida Profesional.

Factores Biosociodemográficos	Calidad de Vida Profesional					
	Fatiga de compasión		Riesgo de Síndrome de Burnout		Satisfacción de compasión	
	Correlación de Pearson (r)	P	Correlación de Pearson (r)	P	Correlación de Pearson (r)	p
Años de experiencia laboral	-0,084	0,415	0,093	0,367	0,152	0,139
Años de experiencia laboral en CP	-0,184	0,072	-0,141	0,172	0,214*	0,037
p: valor de significancia estadística; p < 0,05						

Fuente: Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos. María José Cuadra Villa, 2026.

En la tabla 23 se presenta la correlación entre los años de experiencia laboral y las dimensiones de la CVP. No se evidenciaron correlaciones estadísticamente significativas entre los años de experiencia laboral y la fatiga de compasión ($r=-0,084$; $p=0,415$), el riesgo de síndrome de burnout ($r=0,093$; $p=0,367$) ni la satisfacción de compasión ($r=0,152$; $p=0,139$).

En cuanto a los años de experiencia laboral en cuidados paliativos, tampoco se evidenciaron correlaciones estadísticamente significativas con la fatiga de compasión ($r=-0,184$; $p=0,072$) ni con el riesgo de síndrome de burnout ($r=-0,141$; $p=0,172$). Sin embargo, se observó una correlación positiva débil y estadísticamente significativa entre los años de experiencia laboral en Cuidados Paliativos y la satisfacción de compasión ($r=0,214$; $p=0,037$), lo que indica que, a medida que aumentan los años de experiencia en esta área, se incrementan ligeramente los niveles de satisfacción de compasión en los profesionales de salud.

8.4.3 Análisis estadístico bivariado entre las dimensiones de la Calidad de Vida Profesional y el afrontamiento ante la muerte

Tabla 24. Correlación entre el afrontamiento ante la muerte y las dimensiones de la Calidad de Vida Profesional.

Afrontamiento ante la muerte	Calidad de Vida Profesional					
	Fatiga de compasión		Riesgo de Síndrome de Burnout		Satisfacción de compasión	
	Correlación de Pearson (r)	p	Correlación de Pearson (r)	P	Correlación de Pearson (r)	p
	-0,239	0,019	-0,206	0,044	0,295	0,003
p: valor de significancia estadística; p < 0,05						

Fuente: Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos. María José Cuadra Villa, 2026.

En la tabla 24 se presenta la correlación entre el afrontamiento ante la muerte y las dimensiones de la CVP. Se observó una correlación negativa débil y estadísticamente significativa entre el puntaje total de afrontamiento ante la muerte y la fatiga de compasión ($r=-0,239$; $p=0,019$), indicando que mayores niveles de afrontamiento ante la muerte se asocian con menores niveles de fatiga de compasión. Asimismo, se evidenció una correlación negativa débil y estadísticamente significativa entre el afrontamiento ante la

muerte y el riesgo de síndrome de burnout ($r=-0,206$; $p=0,044$), lo que indica que mayores niveles de afrontamiento ante la muerte se relacionan con menores niveles de riesgo de síndrome de burnout. Por otra parte se observó una correlación positiva débil y estadísticamente significativa entre el afrontamiento ante la muerte y la satisfacción de compasión ($r=0,295$; $p=0,003$), indicando que mayores niveles de afrontamiento ante la muerte se asocian con mayores niveles de satisfacción de compasión.

8.5 Análisis multivariado: modelo de regresión lineal múltiple para las dimensiones de la Calidad de Vida Profesional

Para los análisis de regresión lineal múltiple, la variable profesión fue agrupada en dos categorías: "enfermeros/as y médicos/as" y "otros profesionales", debido al reducido número de participantes en algunas profesiones, con el fin de obtener estimaciones más estables en los modelos de regresión. Esta variable fue incorporada al modelo como variable dicotómica.

8.5.1 Modelo de regresión lineal múltiple para la fatiga de compasión

Tabla 25. Modelo de regresión lineal múltiple para la fatiga de compasión.

Variables independientes	B	β	P
Afrontamiento ante la muerte	-0,077	-0,226	0,024
Edad (años)	0,053	0,057	0,607

Género (femenino)	1,247	0,071	0,477
Profesión (otros profesionales)	0,528	0,033	0,730
Años de experiencia laboral en CP	-0,619	-0,270	0,019
Formación en CP	-1,071	-0,042	0,665
Actividades de autocuidado	-2,780	-0,176	0,071
Frecuencia de implicancia emocional	3,214	0,293	0,005
B: coeficiente no estandarizado; β: coeficiente estandarizado; p: valor de significancia estadística. R^2 ajustado = 0,145; F = 3,012; p = 0,005. Nota: La variable profesión fue agrupada en dos categorías: enfermeros/as y médicos/as (categoría de referencia) y otros profesionales.			

Fuente: Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos. María José Cuadra Villa, 2026.

Con el propósito de identificar los factores asociados a la fatiga de compasión, se realizó un modelo de regresión lineal múltiple. En la tabla 25 se presentan las variables independientes incluidas en el modelo, correspondientes al afrontamiento ante la muerte, la edad, el género (femenino), la profesión (otros profesionales), los años de experiencia laboral en cuidados paliativos, la formación en cuidados paliativos, la presencia de actividades de autocuidado dentro del equipo y la frecuencia de implicancia emocional.

El modelo fue estadísticamente significativo ($F=3,012$; $p=0,005$) y explicó el 14,5% de la variabilidad de la fatiga de compasión (R^2 ajustado=0,145).

En el análisis ajustado, se observó que mayores niveles de afrontamiento ante la muerte se asociaron con menores niveles de fatiga de compasión ($B=-0,077$; $\beta=-0,226$; $p=0,024$). Asimismo, un mayor número de años de experiencia laboral en cuidados paliativos se relacionó con menores niveles de fatiga de compasión ($B=-0,619$; $\beta=-0,270$; $p=0,019$). Por otra parte, una mayor frecuencia de implicancia emocional se asoció con mayores niveles de fatiga de compasión ($B=3,214$; $\beta=0,293$; $p=0,005$). Las demás variables incluidas en el modelo no mostraron asociaciones estadísticamente significativas.

8.5.2 Modelo de regresión lineal múltiple para el riesgo de síndrome de burnout

Tabla 26. Modelo de regresión lineal múltiple para el riesgo de síndrome de burnout.

Variables independientes	B	β	p
Afrontamiento ante la muerte	-0,046	-0,176	0,093
Edad (años)	-0,019	-0,026	0,823
Género (femenino)	-0,990	-0,074	0,487
Profesión (otros profesionales)	-1,903	-0,156	0,128
Años de experiencia laboral en CP	-0,217	-0,123	0,306
Formación en CP	0,162	0,008	0,936

Actividades de autocuidado	-2,078	-0,171	0,097
Frecuencia de implicancia emocional	0,946	0,112	0,301
B: coeficiente no estandarizado; β: coeficiente estandarizado; p: valor de significancia estadística. R^2 ajustado = 0,046; F = 1,577; p = 0,143. Nota: La variable profesión fue agrupada en dos categorías: enfermeros/as y médicos/as (categoría de referencia) y otros profesionales.			

Fuente: Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos. María José Cuadra Villa, 2026.

Para evaluar los factores asociados al riesgo de síndrome de burnout, se construyó un modelo de regresión lineal múltiple con las mismas variables independientes, tal como se evidencia en la tabla 26. El modelo no alcanzó significación estadística global ($F=1,577$; $p=0,143$) y explicó el 4,6% de la variabilidad del riesgo de síndrome de burnout (R^2 ajustado=0,046).

En el análisis ajustado no se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre las variables incluidas en el modelo y el riesgo de síndrome de burnout ($p > 0,05$).

8.5.3 Modelo de regresión lineal múltiple para la satisfacción de compasión

Tabla 27. Modelo de regresión lineal múltiple para la satisfacción de compasión.

Variables independientes	B	B	p
Afrontamiento ante la muerte	0,052	0,243	0,017
Edad (años)	0,044	0,075	0,508
Género (femenino)	1,627	0,148	0,148
Profesión (otros profesionales)	-2,313	-0,232	0,020
Años de experiencia laboral en CP	0,230	0,159	0,167
Formación en CP	-0,782	-0,048	0,621
Actividades de autocuidado	0,358	0,036	0,714
Frecuencia de implicancia emocional	-0,846	-0,122	0,240
B: coeficiente no estandarizado; β : coeficiente estandarizado; p: valor de significancia estadística. R^2 ajustado = 0,119; F = 2,608; p = 0,013.			
Nota: La variable profesión fue agrupada en dos categorías: enfermeros/as y médicos/as (categoría de referencia) y otros profesionales.			

Fuente: Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos. María José Cuadra Villa, 2026.

En la tabla 27 se presenta el modelo de regresión lineal múltiple para la satisfacción de compasión, en el cual el conjunto de variables

independientes explicó el 11,9% de la variabilidad de la dimensión (R^2 ajustado=0,119), alcanzando significación estadística global ($F=2,608$; $p=0,013$).

En el análisis ajustado, se observó que mayores niveles de afrontamiento ante la muerte se asociaron con mayores niveles de satisfacción de compasión ($B=0,052$; $\beta=0,243$; $p=0,017$). Asimismo, la profesión mostró una asociación estadísticamente significativa con la satisfacción de compasión ($B=-2,313$; $\beta=-0,232$; $p=0,020$), observándose menores puntuaciones en el grupo de “otros profesionales”, respecto del grupo “enfermeros/as y médicos/as”. Las demás variables incluidas en el modelo no mostraron asociaciones estadísticamente significativas.

9. DISCUSIÓN

En coherencia con el objetivo general de este estudio, la presente discusión se orienta evaluar el afrontamiento ante la muerte y su asociación con la CVP, estimando las diferencias según los factores biosociodemográficos y laborales de los profesionales de salud del Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, durante el segundo semestre del año 2025 y primer semestre del año 2026. Los hallazgos permiten comprender cómo los profesionales enfrentan una experiencia inherente al cuidado paliativo, como es el acompañamiento de personas con enfermedades avanzadas y el proceso de morir, considerando que esta vivencia puede constituir tanto una fuente de desgaste emocional como una experiencia asociada al sentido profesional, la conexión humana y la satisfacción derivada del cuidado otorgado.

La interpretación de los resultados se desarrolla desde la Teoría Transaccional del Estrés y Afrontamiento de Lazarus y Folkman (26), la cual plantea que la respuesta frente a situaciones potencialmente estresantes depende de la valoración cognitiva que realiza la persona y de los recursos disponibles para enfrentarlas; el Modelo de Adaptación de Roy (27), que permite comprender la muerte como un estímulo frente al cual los profesionales desarrollan respuestas adaptativas mediante sus recursos internos, experiencias previas y mecanismos de afrontamiento; y el Modelo de Calidad de Vida Profesional de Stamm (28), que reconoce que el ejercicio

profesional orientado al cuidado de otras personas puede generar simultáneamente satisfacción de compasión, fatiga de compasión y burnout. Estos modelos proporcionan un marco conceptual para comprender la manera en que los profesionales enfrentan las experiencias asociadas al final de la vida y cómo estas se relacionan con su bienestar profesional.

La caracterización biosociodemográfica y laboral de los profesionales que participaron en este estudio permite describir el fenómeno investigado, favoreciendo su comparación con la evidencia disponible. En este sentido, se evidenció un predominio del género femenino entre los/las participantes lo que coincide con lo reportado en investigaciones nacionales e internacionales, donde también se documenta una mayor participación femenina en el ámbito de los cuidados paliativos (8,41,42,59,90,91,92,93,94,95). Esta predominancia no constituye un sesgo de selección, sino que refleja una realidad demográfica, donde las mujeres constituyen la mayoría de la fuerza laboral en el ámbito de salud.

En relación con la edad, la muestra estuvo conformada principalmente por profesionales en etapa de adultez joven, según la categorización utilizada (96), concentrándose mayoritariamente entre los 23 y 44 años (82,3%), con una edad promedio de 36 años. Esta distribución etaria es consistente con lo descrito en estudios internacionales realizados en profesionales de cuidados paliativos, donde se han reportado participantes con edades promedio cercanas a la cuarta década de vida. Li et al. (89) describieron una edad promedio de 35 años en enfermeras de cuidados paliativos, mientras que

Koh et al. (95) reportaron promedios cercanos a los 40 años. Estas características permiten contextualizar que los participantes se encuentran en una etapa de trayectoria vital y profesional donde pueden coexistir la adquisición progresiva de experiencia clínica y el desarrollo de recursos para enfrentar las demandas emocionales asociadas al cuidado al final de la vida.

En cuanto a la creencia religiosa y/o espiritual, el 87,5% de los participantes declaró poseerla, y el 51,2% manifestó que estas ejercen una fuerte influencia sobre su actitud hacia la muerte y el morir. Este hallazgo concuerda con estudios que reconocen la espiritualidad como un recurso de afrontamiento en profesionales de cuidados paliativos (41,42,94) y con la evidencia internacional que postula la atención espiritual como dimensión esencial del cuidado paliativo (97,98). Asimismo, Miller-Lewis et al. (99) han vinculado el sentido de vida (constructo afín a la espiritualidad) con una mayor competencia ante la muerte, lo cual respalda la idea de que la dimensión espiritual constituye un aspecto relevante en la construcción de significado frente al final de la vida.

En relación con la profesión, la muestra estuvo conformada por un equipo interdisciplinario de profesionales de salud, observándose un predominio de enfermeros/as y médicos/as, quienes representaron cada uno el 21,9% de los participantes. Este hallazgo es concordante con la estructura descrita en equipos de cuidados paliativos interdisciplinarios, donde ambas disciplinas cumplen un rol central en la atención integral de personas con enfermedades avanzadas. Estudios multicéntricos realizados con equipos interdisciplinarios

de cuidados paliativos han reportado que médicos y enfermeras concentran la mayor proporción de profesionales dentro de los equipos, junto con la incorporación de otras disciplinas orientadas al abordaje de las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales de los pacientes y sus familias (41,42,94). Asimismo, Mills, Wand y Fraser (100) realizaron un estudio cualitativo exclusivamente con enfermeras y médicos de cuidados paliativos en Australia, evidenciando que ambas profesiones constituyen el núcleo asistencial de estos equipos.

Con respecto a la experiencia laboral general, los participantes presentaron un promedio de 8,6 años, observándose que más de la mitad de la muestra contaba con más de seis años de trayectoria profesional (51,0%), categorizándose como nivel sénior (101). Estos resultados evidencian que la muestra estuvo conformada mayoritariamente por profesionales con experiencia previa en el ámbito sanitario, lo que sugiere ser un aspecto relevante para interpretar los resultados, considerando que la trayectoria laboral permite acumular conocimientos clínicos, habilidades comunicacionales y recursos personales que pueden influir en la manera de enfrentar situaciones complejas asociadas al sufrimiento, la enfermedad avanzada y la muerte. Al comparar estos hallazgos con la literatura, se observa que la experiencia laboral general fue inferior a la descrita por Sansó (42), quien reportó una media de 21,21 años de ejercicio profesional en una muestra de 241 profesionales de cuidados paliativos en España. De manera similar, Moreno-Milan et al. (102) informaron que el 63,2% de los participantes presentaba más de diez años de experiencia profesional. Estas

diferencias podrían estar relacionadas con las características de las poblaciones estudiadas y los distintos contextos asistenciales en los que se desempeñan los profesionales.

En cuanto a la experiencia laboral en cuidados paliativos, los participantes presentaron un promedio de 3,8 años, concentrándose principalmente entre dos y seis años de experiencia (64,6%), categorizándose en un nivel intermedio (101). Estos resultados evidencian que la mayoría de los profesionales contaba con experiencia específica en la atención de personas con enfermedades avanzadas y al final de la vida. Al comparar estos hallazgos con la literatura, se observa una menor experiencia en cuidados paliativos respecto de la reportada por Sansó (42), quien informó un promedio de 10,66 años de experiencia específica en una muestra de profesionales de cuidados paliativos en España. De manera similar, Moreno-Milan et al. (102) describieron que el 78,4% de los participantes presentaba más de diez años de experiencia en cuidados paliativos. Estos resultados se pueden explicar por la incorporación más reciente de los Cuidados Paliativos Universales en Atención Primaria en Chile y el proceso de consolidación de los equipos responsables de su implementación.

En lo referente a la implicancia emocional, el 58,3% de los participantes manifestó involucrarse emocionalmente "algunas veces" y un 21,9% "con mucha frecuencia", evidenciando que la implicancia afectiva forma parte habitual del ejercicio profesional en cuidados paliativos. Este resultado es concordante con la literatura, que describe el establecimiento de vínculos

terapéuticos cercanos con pacientes y familias como una característica inherente del cuidado paliativo, derivada del acompañamiento continuo durante el proceso de enfermedad avanzada y final de vida (41,42,103). En este sentido, Cañas-Lerma et al. (103) identificaron la sobre-implicancia (“over-involvement”) con la situación del paciente como uno de los factores negativos recurrentes a nivel relacional en profesionales de cuidados paliativos, evidenciando que el vínculo afectivo, si bien constituye un pilar del cuidado, también puede generar demandas emocionales significativas para quienes ejercen en esta área.

Respecto a la formación específica en cuidados paliativos, el 89,6% de los participantes contaba con cursos y/o postgrados, constituyendo una fortaleza en los participantes. Este porcentaje resulta concordante con lo reportado por García-Salvador et al. (104), quienes, en un estudio realizado con 339 enfermeras de atención primaria en España, encontraron que el 86,1% había recibido formación en cuidados paliativos, aunque predominaba el nivel básico de capacitación (45,4%). Estos hallazgos evidencian una alta presencia de formación en cuidados paliativos entre los profesionales de atención primaria; no obstante, los resultados de García-Salvador et al. (104) sugieren la necesidad de continuar fortaleciendo dicha capacitación, especialmente en sus componentes prácticos y avanzados, con el propósito de favorecer una atención integral a personas con enfermedades avanzadas y sus familias.

En relación con las actividades de autocuidado dentro de los equipos de cuidados paliativos, el 54,2% de los participantes señaló que en su lugar de trabajo se realizaban este tipo de actividades, mientras que un 45,8% indicó que no se desarrollaban. Esta distribución evidencia que, si bien más de la mitad de los equipos incorpora estrategias orientadas al cuidado de sus propios integrantes, existe un porcentaje relevante de profesionales que no cuenta con espacios formales de autocuidado dentro de su contexto laboral. La literatura ha señalado que el trabajo en cuidados paliativos implica una exposición continua a situaciones emocionalmente demandantes, asociadas al sufrimiento, la pérdida y el acompañamiento al final de la vida, por lo que el autocuidado y el apoyo entre equipos han sido descritos como recursos relevantes para favorecer el bienestar profesional y prevenir consecuencias asociadas al desgaste emocional (41,100).

Por su parte, respecto de las actividades de capacitación desarrolladas dentro de los equipos de Cuidados Paliativos, el 65,6% de los participantes señaló que en su lugar de trabajo se realizaban estas instancias, mientras que el 34,4% indicó que no se desarrollaban. Este resultado evidencia que la mayoría de los equipos dispone de espacios destinados a la actualización de conocimientos y al fortalecimiento de competencias. Sin embargo, la ausencia de estas actividades en más de un tercio de los equipos representa una oportunidad de mejora para favorecer el desarrollo profesional continuo de quienes se desempeñan en cuidados paliativos.

En lo que refiere al afrontamiento ante la muerte, los resultados obtenidos evidenciaron que los profesionales estudiados alcanzaron un puntaje promedio de 146,1 (DE=22,7) en la Escala de Bugen, ubicándose en la categoría de afrontamiento medio, según la clasificación utilizada en este estudio. En concordancia con ello, la mayor parte de los participantes se ubicó en un nivel medio (50,0%) y alto (47,9%) de afrontamiento, mientras que solo un 2,1% presentó un nivel bajo. En conjunto, estos hallazgos sugieren que los profesionales disponen de recursos personales y profesionales que favorecen una respuesta adaptativa frente a las experiencias asociadas al proceso de morir, aspecto esperable en equipos cuyo quehacer se desarrolla de manera permanente en el contexto de los cuidados paliativos.

Desde la Teoría Transaccional del Estrés y Afrontamiento de Lazarus y Folkman (26), estos hallazgos pueden interpretarse considerando que la respuesta frente a una situación estresante depende de la valoración cognitiva que realiza la persona y de los recursos disponibles para afrontarlas. En este contexto, la exposición continua a eventos relacionados con la muerte no determina por sí misma una respuesta de malestar emocional, sino que, mediante procesos de reevaluación cognitiva y aprendizaje derivados de la experiencia, puede favorecer el desarrollo de estrategias de afrontamiento adaptativas. En consecuencia, afrontar adecuadamente la muerte no implica la ausencia de emociones asociadas al sufrimiento o la pérdida, sino la capacidad de integrar estas experiencias al

ejercicio profesional, otorgándoles significado y manteniendo un funcionamiento personal y laboral equilibrado.

La predominancia de niveles medios y altos de afrontamiento ante la muerte observada en este estudio es concordante con lo descrito en profesionales que se desempeñan en cuidados paliativos. En este sentido, Sansó (42) señala que la experiencia sostenida en este ámbito puede favorecer el desarrollo de competencias que permiten comprender la muerte como parte del proceso asistencial, disminuyendo su percepción como un evento exclusivamente amenazante y promoviendo una relación más integrada con el final de la vida. De manera complementaria, Zambrano et al. (105) describieron que, pese al impacto emocional inherente al acompañamiento de personas en fin de vida, los especialistas en esta área desarrollan mecanismos de afrontamiento que les permiten otorgar significado a estas experiencias y reconocer, además de las dificultades, los aspectos gratificantes de su labor. Estas capacidades adquieren especial relevancia en APS, donde los profesionales acompañan de forma continua a los pacientes, enfrentando procesos prolongados de cuidado que requieren no solo competencias clínicas, sino también habilidades comunicacionales y emocionales para responder a las múltiples necesidades que surgen durante la trayectoria de la enfermedad. En esta línea, Duque et al. (9) señalaron que el afrontamiento frente a la muerte se fortalece mediante la reflexión sobre las experiencias vividas, el apoyo entre colegas y el desarrollo de recursos personales que favorecen una adaptación progresiva frente al fallecimiento de los pacientes.

El análisis de los ítems de la Escala de Bugen permitió profundizar en la comprensión de estos resultados. Las puntuaciones más elevadas se concentraron en competencias relacionadas con la comunicación, la priorización de la calidad de vida y la aceptación de la muerte como parte del proceso asistencial, aspectos inherentes al ejercicio profesional en cuidados paliativos, destacando particularmente el ítem "Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales" ($M=6,2$; $DE=1,1$), lo que refleja una fortaleza relevante en profesionales que trabajan en cuidados paliativos, donde la escucha activa constituye una herramienta esencial no solo para comprender las necesidades del paciente, sino también para favorecer la expresión emocional y acompañar en el proceso de fin de vida.

Asimismo, el ítem "Me importa más la calidad de vida que su duración" ($M=6,1$; $DE=1,3$) obtuvo una de las puntuaciones más elevadas, evidenciando una orientación coherente con los principios de los cuidados paliativos, centrados en promover el bienestar, la dignidad y la calidad de vida de las personas con enfermedades avanzadas y sus familias. Desde el Modelo de Adaptación de Roy (27), este hallazgo puede interpretarse como una respuesta adaptativa frente al proceso de morir, en la que el profesional orienta su práctica hacia objetivos terapéuticos acordes con las necesidades de cada persona. Estos resultados son concordantes con lo descrito por Espinoza et al. (8), quienes identificaron en profesionales de enfermería chilenos una actitud favorable hacia el cuidado al final de la vida, destacando la importancia de comprender la muerte desde una perspectiva integral y centrada en la persona. De manera similar, Sansó et al. (41) plantean que

una mayor conciencia sobre la muerte y sobre el significado del trabajo paliativo favorece la integración de estas experiencias dentro de la práctica profesional, contribuyendo tanto al afrontamiento como al bienestar laboral.

Asimismo, el análisis de los ítems permitió identificar resultados que requieren una interpretación diferenciada, como lo es el ítem “Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo”, el cual presentó una de las puntuaciones más bajas ($M=1,9$; $DE=1,3$), lo que constituye un hallazgo favorable, ya que evidencia que los participantes reconocen la importancia de reflexionar sobre la muerte como parte de su práctica profesional. En contraste, algunos ítems asociados a dimensiones culturales o administrativas del proceso de morir, como “Estoy enterado de las diversas opciones que existen para disponer de los cuerpos” ($M=3,9$; $DE=1,9$), obtuvieron puntuaciones relativamente menores, lo que podría indicar que estos contenidos parecen recibir menor atención dentro de la formación y del ejercicio cotidiano de los profesionales. Estos resultados sugieren que, si bien los participantes presentan un afrontamiento favorable frente a la muerte, aún existen ámbitos específicos que podrían fortalecerse mediante procesos de formación continua y espacios de reflexión profesional.

En conjunto, los hallazgos obtenidos en relación con el afrontamiento ante la muerte permiten comprender que los profesionales estudiados presentan recursos favorables para enfrentar el final de la vida, manifestados en habilidades de comunicación, aceptación y disposición al acompañamiento. Sin embargo, estos recursos no deben interpretarse como una ausencia de

impacto emocional, sino como herramientas que permiten gestionar las demandas propias del cuidado paliativo y mantener una respuesta profesional adaptativa frente a experiencias complejas.

En relación con la CVP, los resultados obtenidos evidenciaron un perfil caracterizado por una elevada satisfacción de compasión ($M=41,4$; $DE=5,0$), coexistiendo con niveles intermedios de riesgo de síndrome de burnout ($M=21,9$; $DE=6,1$) y fatiga de compasión ($M=16,2$; $DE=7,9$). Al analizar la distribución por categorías, la satisfacción de compasión se concentró predominantemente en el nivel alto (52,1%), mientras que tanto la fatiga de compasión (50,0%) como el burnout (57,3%) se ubicaron mayoritariamente en el nivel medio. Este perfil es concordante con lo reportado por Baqueas et al. (106), quienes, en una revisión de alcance sobre profesionales de cuidados paliativos, identificaron que la satisfacción de compasión se presentó con mayor frecuencia en niveles moderados a altos, mientras que la fatiga de compasión predominó en niveles moderados, evidenciando que la coexistencia de ambas dimensiones constituye un patrón frecuente en este grupo de profesionales.

Desde el Modelo de Calidad de Vida Profesional de Stamm (28), estos hallazgos pueden comprenderse considerando que la satisfacción de compasión, la fatiga de compasión y el riesgo de síndrome de burnout no corresponden a dimensiones mutuamente excluyentes, sino que pueden coexistir en un mismo profesional como parte de las experiencias inherentes al ejercicio del cuidado. En este contexto, los resultados obtenidos son

consistentes con la naturaleza del trabajo en cuidados paliativos, donde la exposición continua al sufrimiento, la enfermedad avanzada y la muerte puede representar una importante demanda emocional, pero también constituirse en una fuente de satisfacción derivada del acompañamiento, la relación terapéutica y la posibilidad de contribuir al bienestar de los pacientes y sus familias.

En cuanto a la dimensión satisfacción de compasión, las mayores puntuaciones correspondieron a los ítems “Me gusta trabajar ayudando a la gente” ($M=4,7$; $DE=0,5$), “Estoy satisfecho/a de poder ayudar a la gente” ($M=4,6$; $DE=0,6$) y “Estoy feliz por haber elegido hacer este trabajo” ($M=4,4$; $DE=0,8$). Estos resultados reflejan una estrecha relación entre la identidad profesional, la vocación de servicio y la percepción de generar un impacto positivo en la vida de las personas atendidas. Este hallazgo es concordante con lo descrito en la literatura, donde la satisfacción de compasión se asocia con el significado atribuido al cuidado, el sentido de propósito y la posibilidad de aliviar el sufrimiento de los pacientes y sus familias (41,78).

En concordancia con estos antecedentes, los resultados sugieren que los profesionales encuentran en el acompañamiento a sus pacientes y familias una importante fuente de realización profesional. Sansó et al. (41) identificaron que los profesionales que atribuyen un mayor significado a su labor presentan mejores indicadores de bienestar profesional. Asimismo, Galiana et al. (107) señalan que recursos personales como la

autocompasión favorecen una experiencia laboral más positiva y pueden actuar como factores protectores frente al desgaste profesional.

No obstante, dentro de esta dimensión también se identificaron aspectos susceptibles de fortalecimiento. El ítem “Creo que puedo hacer cambiar las cosas a través de mi trabajo” presentó la menor puntuación promedio de satisfacción de compasión ($M=3,4$; $DE=1,1$). Este resultado podría explicarse por las características propias del cuidado paliativo, donde el objetivo principal no consiste en modificar el curso de la enfermedad, sino en favorecer el bienestar y la calidad de vida de las personas y sus familias. En este contexto, algunos profesionales podrían experimentar dificultades para percibir el impacto de su labor, ya que los logros del cuidado paliativo suelen manifestarse en términos de alivio del sufrimiento, confort, acompañamiento y preservación de la dignidad, más que en la curación de la enfermedad.

Respecto a la fatiga de compasión, los resultados evidenciaron un predominio de niveles intermedios, lo que indica que la exposición continua al sufrimiento, la enfermedad avanzada y la muerte se acompaña de un desgaste emocional presente, aunque no predominantemente severo. Este hallazgo refleja que, si bien los profesionales mantienen su capacidad para desempeñar el cuidado, continúan expuestos a las demandas emocionales propias del trabajo paliativo, por lo que la fatiga de compasión constituye un aspecto que requiere atención y estrategias orientadas a su prevención.

Dentro del análisis de los ítems, el mayor puntaje correspondió a “Estoy preocupado/a por una o más personas a las que he ayudado” ($M=3,4$;

DE=1,1). Este resultado refleja un importante grado de involucramiento emocional con los pacientes atendidos, aspecto esperable en profesionales que establecen relaciones terapéuticas prolongadas y acompañan de manera continua. En este sentido, Galiana et al. (78) señalan que la implicancia emocional constituye un componente inherente del cuidado paliativo y no debe interpretarse, por sí sola, como un indicador de desgaste profesional, sino como una expresión del compromiso terapéutico.

No obstante, considerando que la fatiga de compasión se concentró principalmente en un nivel intermedio, estos hallazgos sugieren que dicho involucramiento emocional, aunque necesario para brindar un cuidado humanizado, puede representar un factor de vulnerabilidad frente al desgaste si no se acompaña de estrategias de afrontamiento, autocuidado y apoyo organizacional. Esta interpretación es consistente con lo descrito por Bageas et al. (106), quienes destacan la importancia de implementar medidas preventivas orientadas a disminuir el impacto emocional derivado de la exposición continua al sufrimiento y la muerte en los profesionales de cuidados paliativos.

En cuanto al riesgo de síndrome de burnout, los resultados evidenciaron un predominio de niveles intermedios, lo que indica la presencia de manifestaciones moderadas de desgaste profesional asociadas principalmente al agotamiento y a la percepción de sobrecarga laboral. Dentro del análisis de los ítems, las mayores puntuaciones correspondieron a “Por causa de mi trabajo me siento agotado/a” ($M=2,8$; $DE=1,5$) y “Me

siento abrumado por la cantidad y tipo de trabajo que tengo que afrontar” ($M=2,5$; $DE=1,4$), reflejando que las principales manifestaciones de desgaste se relacionan con las demandas emocionales y asistenciales propias del cuidado paliativo. Aunque el ítem “Soy una persona demasiado sensible” obtuvo la media más alta ($M=3,0$; $DE=1,5$), este corresponde a un ítem con puntuación invertida en la ProQOL-IV, por lo que su interpretación debe realizarse con cautela y no constituye, por sí solo, un indicador de mayor riesgo de síndrome de burnout.

Estos hallazgos son consistentes con lo descrito por Li et al. (89), quienes evidenciaron que los profesionales de cuidados paliativos pueden experimentar simultáneamente satisfacción derivada del cuidado y manifestaciones de desgaste profesional asociadas a la exposición continua al sufrimiento y la muerte. En este sentido, el predominio de niveles intermedios de riesgo de síndrome de burnout observado en el presente estudio sugiere que, si bien los profesionales mantienen una experiencia laboral positiva vinculada al sentido del cuidado, continúan expuestos a demandas emocionales y asistenciales que pueden afectar su bienestar profesional, por lo que resulta relevante fortalecer estrategias orientadas a prevenir el desgaste y favorecer la sostenibilidad del trabajo paliativo.

En cuanto a las asociaciones bivariadas entre los factores biosociodemográficos y la CVP, la edad fue la única variable que presentó una correlación estadísticamente significativa. En particular, se observó una correlación positiva débil entre la edad y la satisfacción de compasión

($r=0,204$; $p=0,046$), indicando que los profesionales de mayor edad tendieron a experimentar mayores niveles de satisfacción derivados del ejercicio de su labor asistencial. En este sentido, Espinoza et al. (8) encontraron que la edad se asoció significativamente con actitudes más positivas hacia el cuidado al final de la vida en profesionales de enfermería de la Región del Biobío, Chile, lo cual respalda la idea de que los profesionales de mayor edad desarrollan una mayor capacidad para integrar las experiencias relacionadas con el sufrimiento y la muerte. De manera complementaria, el Modelo de Adaptación de Roy (27) permite comprender que la edad y la trayectoria vital favorecen el desarrollo de respuestas adaptativas ante estímulos estresores recurrentes, lo cual se traduce en una mayor satisfacción de compasión y en un afrontamiento más maduro de las demandas del cuidado paliativo.

Las asociaciones entre los factores laborales y la CVP demuestran que los años de experiencia en cuidados paliativos presentaron una correlación positiva débil y estadísticamente significativa con la satisfacción de compasión ($r=0,214$; $p=0,037$), mientras que los años de experiencia laboral general no mostraron asociaciones significativas con ninguna de las dimensiones de la CVP. Estos resultados sugieren que la experiencia acumulada específicamente en cuidados paliativos podría asociarse con una mayor satisfacción derivada del ejercicio asistencial, más que la experiencia laboral general. Este resultado podría comprenderse considerando que la permanencia en este ámbito favorece el desarrollo progresivo de competencias clínicas, comunicacionales y emocionales necesarias para

afrontar el sufrimiento y la muerte, permitiendo integrar estas experiencias dentro de la práctica asistencial y fortalecer el sentido atribuido al cuidado. En concordancia con ello, Baqueas et al. (106), en una revisión de alcance, reportaron hallazgos de estudios previos que evidencian que una mayor experiencia en cuidados paliativos se asoció con niveles más altos de satisfacción de compasión y con menores niveles de burnout, lo cual respalda la idea de que la experiencia laboral específica en el área paliativa podría contribuir al desarrollo de recursos personales y profesionales que se traducen en una mayor satisfacción por el cuidado otorgado.

Respecto a la relación entre el afrontamiento ante la muerte y las dimensiones de la CVP, los resultados evidenciaron asociaciones estadísticamente significativas que permiten comprender el afrontamiento como un recurso personal relevante dentro del trabajo paliativo. Específicamente, mayores niveles de afrontamiento ante la muerte se asociaron con menores niveles de fatiga de compasión ($r=-0,239$; $p=0,019$) y riesgo de síndrome de burnout ($r=-0,206$; $p=0,044$), así como con mayores niveles de satisfacción de compasión ($r=0,295$; $p=0,003$). En conjunto, estos hallazgos sugieren que los profesionales que logran integrar la muerte como parte del proceso asistencial presentan una mayor capacidad para enfrentar las demandas emocionales propias del cuidado paliativo y, al mismo tiempo, experimentan con mayor intensidad los aspectos gratificantes de su labor.

Desde la Teoría Transaccional del Estrés y Afrontamiento de Lazarus y Folkman (26), estos resultados pueden interpretarse considerando que la

valoración cognitiva de la muerte influye en la respuesta emocional desarrollada frente a ella. Cuando el proceso de morir deja de percibirse exclusivamente como una amenaza y pasa a comprenderse como una experiencia inherente al cuidado, aumenta la posibilidad de implementar estrategias de afrontamiento adaptativas que favorecen el equilibrio emocional. En este sentido, afrontar adecuadamente la muerte no implica ausencia de sufrimiento, sino la capacidad de regular las emociones asociadas, otorgar significado a la experiencia y mantener un desempeño profesional funcional (42,99).

La asociación negativa entre afrontamiento ante la muerte y fatiga de compasión adquiere especial relevancia en profesionales expuestos de forma continua al sufrimiento, la pérdida y la muerte de los pacientes. La evidencia indica que esta exposición puede favorecer el desgaste emocional cuando los recursos personales y organizacionales son insuficientes (106,108). En concordancia con ello, Ercolani et al. (109) observaron que las estrategias de afrontamiento desempeñan un papel determinante en la experiencia de desgaste profesional de los equipos de cuidados paliativos domiciliarios, mientras que Miller-Lewis et al. (99) identificaron que una mayor competencia para afrontar la muerte se asocia con un mayor sentido de vida y calidad de vida en profesionales de cuidados paliativos. En conjunto, estos antecedentes respaldan la idea de que desarrollar recursos para afrontar la muerte puede contribuir a disminuir la vulnerabilidad frente a la fatiga de compasión.

De manera similar, la asociación negativa observada entre afrontamiento y riesgo de síndrome de burnout sugiere que la preparación para enfrentar la muerte también podría desempeñar un papel protector frente al desgaste ocupacional. Aunque la magnitud de esta correlación fue débil, coincide con lo descrito por Galiana et al. (78) y Baqueas et al. (106), quienes señalan que el afrontamiento adaptativo y la disponibilidad de recursos personales favorecen una mejor adaptación a las exigencias emocionales del trabajo paliativo, disminuyendo la probabilidad de desarrollar agotamiento profesional.

Por otra parte, la correlación positiva entre afrontamiento ante la muerte y satisfacción de compasión constituye uno de los hallazgos más relevantes del presente estudio, ya que evidencia que la preparación emocional frente a la muerte no solo cumple una función protectora frente al desgaste, sino que también favorece la vivencia de los aspectos positivos del cuidado. Estos resultados son coherentes con los hallazgos descritos previamente en esta investigación, donde los profesionales obtuvieron las puntuaciones más elevadas en ítems relacionados con el gusto por ayudar, la satisfacción derivada del cuidado y la elección de una labor con sentido. Asimismo, son consistentes con lo señalado por Sansó et al. (41), quienes plantean que la capacidad de otorgar significado al trabajo paliativo favorece el bienestar profesional, y con Galiana et al. (107), quienes destacan que recursos como la autocompasión, el autocuidado y la conciencia del propio rol potencian la satisfacción de compasión.

Los modelos de regresión lineal múltiple permitieron complementar los análisis bivariados, identificando las variables que mantuvieron asociaciones independientes con las dimensiones de la CVP tras ajustar simultáneamente por factores biosociodemográficos y laborales.

El análisis multivariado permitió identificar que la relación entre el afrontamiento ante la muerte y la fatiga de compasión se mantuvo incluso después de ajustar por factores biosociodemográficos y laborales. En este sentido, los profesionales con mayores niveles de afrontamiento ante la muerte presentaron menores niveles de fatiga de compasión, lo que sugiere que la capacidad de integrar y elaborar las experiencias relacionadas con la muerte constituye un recurso relevante frente al desgaste emocional asociado al cuidado paliativo. Asimismo, la experiencia laboral específica en cuidados paliativos se comportó como un factor asociado a menores niveles de fatiga de compasión, lo que podría relacionarse con el desarrollo progresivo de competencias clínicas y emocionales que permiten enfrentar de mejor manera las demandas propias del acompañamiento al final de la vida. En contraste, una mayor frecuencia de implicancia emocional con los pacientes se asoció con mayores niveles de fatiga de compasión, evidenciando que la cercanía afectiva inherente al cuidado paliativo, si bien es fundamental para una atención humanizada, puede incrementar la vulnerabilidad emocional cuando las demandas del vínculo terapéutico superan los recursos disponibles para su elaboración.

Estos hallazgos son concordantes con lo descrito por Baqeas et al. (106) y Jilou et al. (108), quienes señalan que la fatiga de compasión en profesionales de cuidados paliativos surge de la interacción entre la exposición continua al sufrimiento y la disponibilidad de recursos personales y contextuales para afrontarla. Asimismo, Sansó et al. (41) destacan que la preparación para afrontar la muerte y la integración de estas experiencias dentro del rol profesional se relacionan con mejores indicadores de bienestar en quienes trabajan en cuidados paliativos.

En relación con la satisfacción de compasión, el análisis multivariado evidenció que el afrontamiento ante la muerte mantuvo una asociación positiva con esta dimensión después de considerar simultáneamente otros factores. Este hallazgo sugiere que la capacidad del profesional para comprender, aceptar e integrar la muerte como parte del proceso asistencial no solo podría contribuir a disminuir experiencias asociadas al desgaste, sino también favorecer la vivencia de aspectos positivos del cuidado, como el sentido de propósito, la percepción de utilidad y la valoración del rol desempeñado.

Asimismo, la profesión presentó una asociación significativa con la satisfacción de compasión, observándose mayores niveles en el grupo conformado por enfermeros/as y médicos/as respecto a otros profesionales. Esta diferencia podría relacionarse con las características de participación que estos profesionales suelen asumir dentro de los equipos de cuidados paliativos, incluyendo mayor continuidad en el seguimiento clínico,

participación en decisiones terapéuticas y contacto frecuente con pacientes y familias. Sin embargo, este resultado debe interpretarse con cautela, ya que las diferencias observadas podrían reflejar particularidades de las funciones desarrolladas, niveles de interacción con el proceso asistencial y formas de experimentar el cuidado, más que diferencias propias de una disciplina específica.

En concordancia con estos resultados, Sansó et al. (41) plantean que la capacidad de otorgar significado a las experiencias relacionadas con la enfermedad avanzada y la muerte constituye un elemento relevante para el bienestar profesional en cuidados paliativos. Asimismo, Galiana et al. (107) destacan que recursos personales como la autocompasión, el autocuidado y la conciencia del propio rol favorecen experiencias laborales más positivas y pueden fortalecer la satisfacción de compasión en profesionales expuestos al sufrimiento humano.

Por otra parte, el modelo correspondiente al riesgo de síndrome de burnout no alcanzó significación estadística global (R^2 ajustado=0,046; $F=1,577$; $p=0,143$), por lo que las variables incorporadas no permitieron explicar de manera independiente la variabilidad de esta dimensión en los profesionales evaluados. Este resultado sugiere que el riesgo de síndrome de burnout en esta población podría estar influido por otros factores que no fueron abordados en el presente estudio, particularmente aquellos relacionados con características organizacionales y contextuales del trabajo, como la carga

asistencial, disponibilidad de recursos, condiciones laborales, dinámica del equipo y apoyo institucional.

La ausencia de asociaciones significativas en este modelo no implica la inexistencia de factores relacionados con el desgaste profesional, sino que evidencia la complejidad de este fenómeno y la necesidad de considerar variables adicionales para su comprensión. En este sentido, la literatura ha señalado que el burnout en profesionales de cuidados paliativos emerge como un fenómeno multifactorial, donde interactúan las demandas emocionales derivadas del contacto con el sufrimiento y la muerte, junto con elementos individuales y organizacionales que pueden modular su impacto (106,109).

En conjunto, los modelos multivariados permiten comprender la CVP como un fenómeno multidimensional, en el que interactúan recursos personales, trayectoria profesional y características del contexto laboral. Dentro de estos factores, el afrontamiento ante la muerte se identificó como un elemento relevante, al mantener asociaciones con dimensiones específicas de la CVP, relacionándose con menores niveles de fatiga de compasión y mayores niveles de satisfacción de compasión. Estos resultados respaldan la importancia de considerar la preparación emocional frente a la muerte, los espacios de reflexión y las estrategias de apoyo profesional dentro de los equipos de cuidados paliativos, no solo como acciones orientadas a disminuir el desgaste, sino también como herramientas destinadas a fortalecer los aspectos positivos derivados del cuidado.

10. LIMITACIONES E IMPLICANCIAS DEL ESTUDIO

El presente estudio presenta limitaciones que deben considerarse al interpretar sus resultados. Una de ellas se relaciona con el tipo de muestra, correspondiente a un censo de profesionales de salud pertenecientes al Programa de CPU de APS adscrito a un Servicio de Salud de la Región del Biobío. Si bien esta estrategia permitió incluir a la totalidad de los profesionales elegibles de la red estudiada, las características particulares de esta población y de su contexto organizacional pueden limitar la generalización de los hallazgos a otros equipos de cuidados paliativos con diferentes realidades asistenciales, territoriales u organizacionales. Asimismo, el reducido número de participantes en algunas profesiones hizo necesario agruparlas para el análisis multivariado, lo que pudo limitar el análisis de las particularidades propias de cada profesión.

En términos metodológicos, otra limitación corresponde al diseño transversal del estudio. Este permitió identificar asociaciones entre el afrontamiento ante la muerte y la CVP, así como explorar factores relacionados con estas variables, sin embargo, no permite establecer relaciones causales ni determinar cambios en estas dimensiones a lo largo del tiempo. En este sentido, futuros estudios longitudinales permitirían examinar la evolución del afrontamiento ante la muerte y de la CVP de quienes se desempeñan en cuidados paliativos, así como determinar si las asociaciones observadas se mantienen o se modifican con el tiempo.

Asimismo, al utilizar instrumentos de autorreporte, no se descarta la posibilidad de sesgos relacionados con la percepción individual de los participantes o con la deseabilidad social de las respuestas. Además, aunque se incorporaron variables biosociodemográficas y laborales relevantes, no fueron evaluados otros factores que podrían influir en la CVP, tales como apoyo organizacional, clima laboral, carga asistencial y estrategias institucionales de acompañamiento emocional. En este sentido, la ausencia de significancia estadística del modelo de regresión para el riesgo de síndrome de burnout podría estar relacionada con la no incorporación de estos factores, los cuales podrían tener un papel relevante en esta dimensión. Por tanto, futuras investigaciones deberían considerar de manera conjunta variables personales y organizacionales, con el propósito de comprender de forma más integral los factores que podrían estar asociados al burnout.

La escala para evaluar la CVP, ProQOL-IV (87), corresponde a un instrumento ampliamente utilizado en profesionales vinculados al cuidado y cuenta con antecedentes de aplicación internacional, sin embargo, existen diferencias en los criterios de puntuación e interpretación respecto a versiones posteriores, particularmente con la versión ProQOL-V (110), lo que puede dificultar la comparación directa entre investigaciones. Por ello, futuros estudios deberían reportar detalladamente los procedimientos de puntuación aplicados y considerar versiones actualizadas del instrumento con el objetivo de favorecer la comparabilidad y consistencia de los resultados.

En cuanto a la implicancia disciplinar, los hallazgos de esta investigación respaldan la aplicabilidad del marco teórico utilizado para comprender la relación entre el afrontamiento ante la muerte y la CVP. Los resultados son consistentes con la Teoría Transaccional del Estrés y Afrontamiento de Lazarus y Folkman (26), al evidenciar la importancia del afrontamiento como recurso para responder a las demandas emocionales propias del cuidado paliativo. Asimismo, respaldan el Modelo de Calidad de Vida Profesional de Stamm (28), al demostrar que un mayor afrontamiento ante la muerte se asocia con una menor fatiga de compasión y una mayor satisfacción de compasión. Mientras que desde la disciplina de enfermería, los hallazgos aportan evidencia que sustenta la aplicabilidad del Modelo de Adaptación de Roy (27), al demostrar que el afrontamiento ante la muerte constituye un mecanismo adaptativo que favorece respuestas más efectivas frente a los estímulos derivados del contacto permanente con el sufrimiento, la muerte y el proceso de fin de vida. De este modo, la investigación contribuye al desarrollo disciplinar de enfermería al aportar evidencia empírica sobre la utilidad de un modelo teórico propio de la disciplina para comprender el bienestar profesional en contextos de alta demanda emocional.

Desde la perspectiva de las implicancias para la práctica, los hallazgos de esta investigación destacan la importancia de fortalecer la preparación de los profesionales de salud en competencias relacionadas con el afrontamiento ante la muerte, comunicación al final de la vida y manejo emocional asociado al cuidado paliativo. Considerando que el afrontamiento ante la muerte mostró asociaciones con menores niveles de fatiga de compasión y mayores

niveles de satisfacción de compasión, las estrategias institucionales no deberían orientarse únicamente a prevenir el desgaste, sino también a promover recursos que permitan a los profesionales encontrar significado y satisfacción en su labor.

En este sentido, el fortalecimiento de los CPU en APS requiere considerar no solo aspectos técnicos y organizacionales, sino también el bienestar de quienes entregan estos cuidados. La generación de espacios de reflexión clínica, acompañamiento entre pares y apoyo institucional, pueden contribuir al desarrollo de equipos preparados, sostenibles y capaces de responder integralmente a las necesidades de los pacientes y familias.

11. SUGERENCIAS

Los hallazgos obtenidos en esta investigación permiten plantear diversas líneas de desarrollo futuro, orientadas a profundizar la comprensión del afrontamiento ante la muerte y la CVP en profesionales de cuidados paliativos. Se sugiere desarrollar investigaciones con diseños longitudinales y metodologías mixtas que integren aproximaciones cuantitativas y cualitativas, como entrevistas en profundidad o grupos focales, con el propósito de explorar la experiencia subjetiva de los profesionales frente al proceso de morir, las estrategias que utilizan para afrontar estas situaciones y los factores del entorno laboral que influyen en su bienestar.

Asimismo, se recomienda desarrollar, evaluar e implementar estrategias dirigidas al fortalecimiento de los recursos protectores identificados en este estudio, incorporando estrategias de formación en afrontamiento ante la muerte, autocuidado profesional, reflexión clínica y apoyo emocional para los equipos de CPU en APS. La evaluación de estas intervenciones permitiría generar evidencia sobre estrategias efectivas para prevenir el desgaste profesional y favorecer una CVP sostenible en quienes brindan atención al final de la vida.

Considerando que una proporción importante de los profesionales evaluó su formación en cuidados paliativos como regular, pese a presentar en su mayoría niveles medios y altos de afrontamiento ante la muerte, se recomienda fortalecer la formación en esta área mediante metodologías que promuevan el desarrollo de competencias para el afrontamiento ante la

muerte, el acompañamiento durante el proceso de fin de vida, la comunicación con pacientes y familias, y el manejo de las propias emociones. Además, se propone que estos contenidos sean incorporados progresivamente desde el pregrado en las carreras de la salud y reforzados mediante programas de formación continua, favoreciendo una preparación integral para enfrentar las demandas emocionales propias del cuidado paliativo, contribuyendo así al bienestar profesional.

Sumado a lo anterior, se sugiere que futuras investigaciones amplíen la población de estudio e incorporen a los distintos integrantes de los equipos de CPU, incluyendo profesionales, técnicos y personal de apoyo que participen en la atención. Evaluar al equipo en su conjunto permitiría obtener una visión más exhaustiva del afrontamiento ante la muerte y de la CVP, considerando las distintas funciones y roles que intervienen en la atención paliativa.

Finalmente, futuros estudios podrían ampliar el análisis incorporando variables organizacionales y contextuales, además de emplear versiones actualizadas de los instrumentos para evaluar la CVP, como el ProQOL-V, con el fin de favorecer la comparabilidad entre estudios y profundizar la comprensión de los factores asociados al bienestar de los profesionales de cuidados paliativos.

12. CONCLUSIONES

Los hallazgos de esta investigación permiten concluir que los profesionales de salud del Programa de CPU de APS adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío presentaron, en su mayoría, niveles medios y altos de afrontamiento ante la muerte, junto con una CVP caracterizada predominantemente por altos niveles de satisfacción de compasión y niveles moderados de fatiga de compasión y burnout. Estos resultados evidencian que el ejercicio profesional en cuidados paliativos constituye una experiencia compleja, en la que el acompañamiento continuo a personas con enfermedades avanzadas y sus familias puede generar tanto satisfacción y sentido profesional como demandas emocionales que pueden afectar el bienestar de quienes brindan estos cuidados.

Asimismo, esta investigación permitió evidenciar que el afrontamiento ante la muerte se asoció con la CVP, puesto que los profesionales con mayores niveles de afrontamiento presentaron mayores niveles de satisfacción de compasión y menores niveles de fatiga de compasión y riesgo de síndrome de burnout. Sin embargo, en el análisis multivariado el afrontamiento ante la muerte mantuvo su asociación con la satisfacción de compasión y la fatiga de compasión, pero no con el riesgo de síndrome de burnout. Entre los factores laborales, una mayor experiencia en cuidados paliativos se relacionó con menores niveles de fatiga de compasión, mientras que una mayor implicancia emocional se asoció con mayores niveles de fatiga de compasión, y por su parte, la profesión evidenció diferencias en los niveles

de satisfacción de compasión. En conjunto, estos hallazgos permiten comprender que la CVP se relaciona tanto con las características del contexto laboral como con los recursos personales que poseen los profesionales para afrontar la muerte y las exigencias emocionales propias del cuidado paliativo.

En consecuencia, los resultados de este estudio destacan la importancia de fortalecer el afrontamiento ante la muerte como un recurso personal relevante para el bienestar profesional de quienes se desempeñan en CPU. En este sentido, se hace necesario promover estrategias institucionales orientadas a la formación continua, el autocuidado, la reflexión clínica y el apoyo emocional de los equipos, favoreciendo el bienestar profesional y la sostenibilidad de una atención paliativa integral, humanizada y de calidad.

Del mismo modo, los hallazgos obtenidos aportan evidencia para orientar futuras investigaciones e intervenciones destinadas a fortalecer la CVP de quienes desempeñan un rol fundamental en la atención de personas con necesidades paliativas y sus familias.

13. GLOSARIO

CVP: Calidad de vida profesional
ECNT: Enfermedades crónicas no transmisibles
DEIS: Departamento de Estadísticas e Información de Salud
OMS: Organización Mundial de la Salud
CPU: Cuidados paliativos universales
APS: Atención primaria en salud
CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud
MINSAL: Ministerio de Salud
GES: Garantías Explícitas en Salud
OPS: Organización Panamericana de la Salud
CESFAM: Centros de Salud Familiar
CECOSF: Centros Comunitarios de Salud Familiar
PSR: Postas Salud Rurales (PSR)
SAPU: Servicio de Atención Primaria de Urgencia
SAR: Servicio de Alta Resolutividad
UCI: Unidad de Cuidados Intensivos
CP: Cuidados paliativos
CEC: Comité Ético Científico
DAS: Dirección de Administración de Salud Municipal
PROQOL: Professional Quality of Life Scale
EBA: Escala de Bugen, Afrontamiento ante la muerte.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Hernández F. El significado de la muerte. Rev Digit Univ. 2006 Agosto 10;7(8)
- 2) Zambrano C. Afrontamiento ante la muerte y calidad de vida en personal de enfermería. Servicio Oncología. Clínica Delgado, Miraflores, Lima – 2018. [Tesis de Magister]. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Perú; 2019.
- 3) González N. Medicalización de la muerte. Elementos de discusión y análisis para un abordaje crítico desde las Ciencias Sociales. Culturales [Internet]. 2018 [citado el 02 de Julio de 2024]. Disponible en: <http://culturales.uabc.mx/index.php/Culturales/article/view/547/417>
- 4) Souza L, Mota J, Barbosa R, Ribeiro R, Oliveira C, Barbosa A.. La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros. Enferm. glob. [Internet]. 2013 [citado el 02 de Julio de 2024]; 12(32): 222-229. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400013&lng=es
- 5) Maza M, Zavala M, Merino J. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. Cienc. enferm. [Internet]. 2009 [citado el 02 de Julio de 2024]; 15(1): 39-48. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532009000100006&lng=es
- 6) Lopera M. Acompañar en la muerte es un pilar del cuidado, una dolorosa obligación y un dilema. Cienc. enferm. [Internet]. 2016 Abril [citado el 02 de Septiembre 2024]; 22(1): 65-74. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532016000100006&lng=es
- 7) Beobide A, Martin J. Estrategias para mejorar el afrontamiento de las enfermeras ante el fallecimiento de un paciente paliativo. [Internet]. 2023 [citado el 02 de Julio de 2024]. Disponible en: https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/67074/1/Beobide_Echeverria_Andrea.pdf

- 8) Espinoza M, Luengo L, Sanhueza O. Actitudes en profesionales de enfermería chilenos hacia el cuidado al final de la vida. Análisis multivariado. Aquichan [Internet]. 2016 [Citado el 02 de Julio 2024]; 16(4): 430-446. Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-
- 9) Duque P, Betancur Y, Franco A, Hoyos M, Valencia E. Afrontamiento de docentes de enfermería ante la muerte del paciente en unidades de cuidado crítico. Investig Enferm Imagen Desarr [Internet]. 2020 [citado el 02 de Julio de 2024] Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie22.adem>
- 10) Fernández M, et al. Ansiedad del personal de enfermería ante la muerte en las unidades de críticos en relación con la edad de los pacientes. nferm Intensiva. [Internet]. 2011 [citado el 02 de Julio de 2024]; 22(3), 96-103.
- 11) World Health Organization. World Health Statistics. Monitoring Health for the SDGs Sustainable Development Goals [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [citado 02 Julio de 2024]. 92 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf>
- 12) World Health Organization. Geneva: World Health Organization. The Global Health Observatory Explore a world of health data. [Internet]. 2021 [citado 02 Julio de 2024]; Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/ncd-mortality>
- 13) Boletín demográfico anual provisional de estadísticas vitales. Subdirección Técnica Departamento de Estadísticas Demográficas y Sociales Subdepartamento de Demografía. [Internet]. 2023 [Citado 02 Julio de 2024]. Disponible en: https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estadisticas-vitales/estadisticas-vitales-cifras-provisionales-2023.pdf?sfvrsn=806c0479_9

- 14) Departamento de Estadística e Información de Salud, DEIS. Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte Año 2023. Datos provisionales [Internet]. 2023. [Citado 02 Julio de 2024]. Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/pEDCM2023.htm>
- 15) Instituto Nacional de Estadísticas. Anuario de Estadísticas Vitales 2019. Chile: INE. [Internet]. 2019 [citado 02 Julio de 2024]. 120 p. Disponible en: https://www.ine.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-ydefunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticasvital/anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales-2019.pdf?sfvrsn=97729b7b_5
- 16) OMS. Cuidados paliativos [Internet]. 2020 [citado 02 de Julio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- 17) Stjernswärd E, Foley K, Ferris F. The Public Health Strategy for Palliative Care. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2007 [citado 02 de Julio 2024]; 33(5): 486-493. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.02.016>
- 18) Ministerio de Salud de Chile. Orientación Técnica Cuidados Paliativos Universales [Internet]. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades; 2022 [citado 2023 Sept 30]. 222 p. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/01/OrientacionTecnica-Cuidados-Paliativos-Universales.pdf>
- 19) Chile: Nueva ley consagra como Derecho Universal el Acceso a Cuidados Paliativos. OPS. [Internet]. 2021. [citado 02 de Julio 2024] Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/2-12-2021-chile-nueva-ley-consagra-como-derecho-universal-acceso-cuidados-paliativos>
- 20) Lineamientos para el modelo de atención de cuidados paliativos universales en personas con enfermedades terminales o graves. [Internet] 2022 [citado 02 de Julio 2024]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/07/Lineamientos-para-el-modelo-de-atencion-Cuidados-Paliativos-Universales.pdf>

- 21) López M. La valoración de la complejidad en cuidados paliativos: Proceso asistencial y valoración. *Therapeía*. [Internet]. 2020 [citado el 02 de Septiembre 2024]. Disponible en: <https://revistas.ucv.es/therapeia/index.php/therapeia/article/view/743/732>

- 22) Ley 21.375: Consagra los cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves. Biblioteca del Congreso Nacional. [Internet]. 2021 [citado 02 de Julio 2024]. Disponible en: <http://bcn.cl/2s7z9>

- 23) Lineamientos para declaración de voluntades anticipadas en personas con enfermedades terminales o graves. [Internet]. 2023 [citado 02 de Septiembre 2024]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/07/Lineamientos-para-declaración-de-voluntades-anticipadas-en-personas-con-enfermedades-terminales-o-graves.pdf>

- 24) López M, Vega P, Carrasco P, González X, Abarca E, Rojo L, et al. Estrategias del equipo de salud para afrontar la muerte de niños y adolescentes con cáncer. *Rev Cubana Enfermer*. [Internet]. 2022 [citado el 02 de Septiembre 2024]; 38(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192022000200005&lng=es

- 25) Freitas L, Banazeski A, Eisele A, de Souza E, Bitencourt J. La visión de la Enfermería ante el Proceso de Muerte y Morir de pacientes críticos: una revisión integradora. *Enferm. glob*. [Internet]. 2016 [citado el 0 de julio de 2024]; 15(41): 322-334. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000100015&lng=es

- 26) Lazarus R, Folkman S. El concepto de afrontamiento en estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Editorial Martínez Roca. [Internet]. 1984 [citado 02 de Julio de 2024].

- 27) Raile Alligood M, Marriner Tomey A, Modelos y Teorías en enfermería, 8 ed. Elsevier Mosby. [Internet]. 2014 [Citado 02 de Julio de 2024]; 11 (4): 149-159.

- 28) Stamm B. The Concise ProQOL Manual (2nd ed.). Montana: Pocatello. 2010.

- 29) Lazarus R, Folkman S. Estrés y Procesos Cognitivos. Barcelona: Editorial Martínez Roca. (V.O.: 1984). [Internet]. 1986 [citado 02 de Julio de 2024]

- 30) Campos L, Jaimes M, Villavicencio M, Esteban E. Bienestar y Afrontamiento psicológico de estudiantes universitarios en estado de confinamiento por Covid-19. Rev inclusiones. [Internet]. 2020 [citado el 02 de Julio de 2024]; (7). Disponible en:<http://revistainclusiones.org/pdf25/29%20vol%207%20num%20oct dic%20especial2020%20 revisinclusiii.pdf>

- 31) Díaz L, Durán M, Gallego P, Gómez B, Gómez E, González Y. et al. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Aquichan [Internet]. 2002 [Citado 02 de Julio 2024]; 2(1): 19-23. Disponible en:http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165759972002000100004&lng=en

- 32) Kenneth P, Robin H. Sor Callista Roy: Modelo de Adaptación. Modelos y Teorías en enfermería, 8 ed. Elsevier Mosby. [Internet]. 2014 [Citado 02 de Julio de 2024]; 11 (4): 149-159.

- 33) Felce D, Perry J. Quality of life: It's Definition and Measurement. Research in Developmental Disabilities. 1995 [Citado 02 de Julio de 2024]; 16(1):51-74.

- 34) Botero B, Pico M. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. Hacia Promoc. Salud [Internet]. 2007 [Citado 02 de Julio de 2024]; 12(1): 11-24. Disponible en:http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012175772007000100002&lng=en

- 35) Testa M. Current Concepts: Assessment of Quality-of-Life Outcomes. N Engl J Med. 1996; 334(13):835-840.

- 36) Patrick D, Erickson P. Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation. Oxford University Press. New York.1993
- 37) Naughton MJ, Shumaker SA, Anderson RT, Czajkowski SM. Psychological Aspects of HealthRelated Quality of Life Measurement: Tests and Scales. In: Quality of Life and Pharmaco economics in Clinical Trials. 1996; 15:117-131.
- 38) Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Cienc. enferm. 2003;(2):9-21.
- 39) Rodríguez J. Calidad de vida laboral en profesionales de la salud. Rev Calid Asist. 2010 [citado 02 de Julio de 2024]; 25(6), 318–320. Disponible en: Doi:10.1016/j.cali.2010.09.002
- 40) Arribas S, Alboniga J, Bernarás E. Satisfacción y fatiga por compasión en personal de enfermería de oncología: estudio descriptivo y correlacional. Enferm. glob. 2020 [citado 02 de Julio de 2024]; 120–144. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/eglobal.417261>
- 41) Sansó N, Galiana L, Oliver A, Pascual A, Sinclair S, Benito E. Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Relationships Among Awareness, Self-Care, and Compassion Satisfaction and Fatigue, Burnout, and Coping With Death. J Pain Symptom Manage. 2015 [Citado el 02 de Octubre 2024]; 50(2):200-7. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013.
- 42) Sansó N. Afrontamiento ante la muerte en profesionales de Cuidados Paliativos. Variables moduladoras y consecuentes. [Tesis doctoral]. Universitat de les Illes Balears. Mallorca; 2014. 343 p.
- 43) Fernández E, Hernández B. Estudio sobre el afrontamiento ante la muerte en estudiantes universitarios de medicina. [Tesis de Magister]. Universidad Católica de Valencia, Facultad de Psicología. Valencia; 2023. 52 p.

- 44) Magaña M, Bermejo C, Villacieros M, Prieto R. (2019). Estilos de afrontamiento y diferencia de género ante la muerte. *Rev Psicoter* [Internet]. 2019 [citado el 02 de Julio de 2024]; 30 (112), 103-117. Disponible en: <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i112.269>

- 45) Gesser G, Wong P, Reker G. Death attitudes across the life span: The development validation of the Death Attitude Profile (DAP). *Omega*. 1988 [citado el 02 de Octubre de 2024]; 18, 113-128.

- 46) Claxton-Oldfield S, Crain M, Claxton-Oldfield J. Death anxiety and death competency: The impact of a palliative care volunteer training program. *Am J Hosp Palliat Care*. 2007 [citado el 02 de Octubre de 2024]; 23:464-8.

- 47) Bugen L. Coping: Effects of death education. *J Death Dying*. 11 (1980-81), pp. 175-183

- 48) Bugen L. Human grief: a model for prediction and intervention. *Am J Orthopsychiatry*. 1977; 47(2):196-206. DOI: 10.1111/j.1939-0025.1977.tb00975.x.

- 49) Siles J, Solano M. Historia cultural de los cuidados paliativos en las sociedades primitivas: revisión integrativa. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [citado 02 de julio 2024]; 46(4): 1015-1022. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000400033>

- 50) Bruera E, Higginson I, Von Gunten C, Morita T. Textbook of Palliative Medicine [Internet]. 2021 [02 de Julio 2024]; 974 p. Disponible en: <https://www.routledge.com/Textbook-of-Palliative-Medicine-and-Supportive-Care/Bruera-Higginson-vonGunten-Morita/p/book/9780367642037>

- 51) Meléndez A, Limón E. Cronicidad Avanzada. España: SECPAL; Capítulo 2, Del “paliativo no oncológico” al “paciente crónico avanzado”. Más allá de las palabras. El reto de los cuidados paliativos del siglo XXI; [Internet]. 2018 [citado 02 de Julio 2024]; p. 13-15. Disponible en: <http://www.secpal.com/Documentos/Blog/Monografia%20Cronicidad.pdf>

- 52) Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Resolução n 41, de 31 de outubro de 2018. Diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. 2018 [citado el 02 de julio de 2024]. Disponible en https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html
- 53) Radbruch L, Lima L, Knauth F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining Palliative Care: a new consensus-based definition. J Pain Symptom Manage. [Internet]. 2020 [citado el 02 de Julio 2024]; 6(20):30247-5. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32387576/>
- 54) Andrade C, Costa S, Costa I, Santos K, Brito F, Coutinho M. Palliative care and communication: study with health professionals of the home care service. Rev Fund Care Online. [Internet]. 2017 [citado el 02 de Julio 2024]; 9(1): 215-221. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.215-221>
- 55) Ministerio de Salud. Norma Programa Nacional Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos. Chile: Ministerio de Salud. [Internet]. 2009 [citado 02 de Julio 2024]. 233 p. Disponible en: <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/917>
- 56) Ley 19.966 Establece un Régimen de Garantías en Salud [Internet]. Chile: Ministerio de Salud. 2004 [citado 02 de Julio 2024]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=229834>
- 57) Casas D, Rodríguez A, Patiño I. Atención primaria en salud: concepto o utopía. [Internet] 2013 [Citado 02 de Julio 2024]. Disponible en: <https://www.medwave.cl/perspectivas/comentario/5667.html#:~:text=L a%20atenci%C3%B3n%20primaria%20en%20salud,de%20atenci%C3%B3n%20que%20implica%20el>
- 58) Ley 21.375: Consagra los cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves. Biblioteca del Congreso Nacional. [Internet]. 2021 [Citado 02 de Julio 2024]. Disponible en: <http://bcn.cl/2s7z9>

- 59) Organización Mundial de la Salud (OMS). Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS. [Internet] 1978 [Citado el 02 de Julio 2024]; Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
- 60) Organización Mundial de la Salud (OMS). Atención primaria de salud [Internet]. 2021 [Citado 02 de Julio de 2024] Disponible en: <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- 61) Organización Panamericana de la Salud. Atención primaria en salud [Internet]. 2021 [Citado 02 de Julio de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>
- 62) Ministerio de Salud (MINSAL) Chile y Organización Panamericana de la Salud (OPS). Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria [Internet] 2013 [Citado 02 de Julio de 2024]; Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- 63) Servicio de Salud Metropolitano Norte. Atención Primaria [Internet]. [Citado 02 de Julio de 2024]. Disponible en: https://www.ssmn.cl/atencion_primaria.ajax.php
- 64) Ministerio de Salud (MINSAL). Establecimientos de Salud - Salud Responde [Internet]. [Citado 02 de Julio de 2024]. Disponible en: <https://saludresponde.minsal.cl/establecimientos-de-salud/>
- 65) He S, Zhao H, Wang H, Chen F, Lv T, Li L, Zhang H. The mediating effects of attitude toward death and meaning of life on the relationship between perception of death and coping with death competence among Chinese nurses: a cross-sectional study. BMC Nurs. 2023 [Citado 02 de Octubre 2024]; 30;22(1):87. Doi: 10.1186/s12912-023-01245-5.
- 66) Alshammari F, Sim J, Lapkin S, Stephens M. Registered nurses' knowledge, attitudes and beliefs about end-of-life care in non-specialist palliative care settings: A mixed studies review. Nurse Educ

Pract. 2022 [Citado 02 de Octubre 2024]; 59 Disponible en:<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1471595322000087?via%3Dihub>

- 67) Morales F, Ramírez F, Cruz A, Vicente M, Cruz C, García N. Actitudes del personal de enfermería ante la muerte de sus pacientes. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2021 [citado el 02 de Julio de 2024] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-
- 68) Osés M, Casas J, Seguel F, Portilla M. Diferencias en el afrontamiento de la muerte en enfermeras de España y Chile. *Rev Rol Enferm* [Internet]. 2020 [Citado el 2 de Julio de 2024] Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-193815>
- 69) Lledó A, Bosch A. Análisis del afrontamiento de la enfermera frente a la muerte de un paciente pediátrico. *Enferm Intensiva.* [Internet]. 2020 [Citado el 2 de Julio de 2024] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239920300894>
- 70) Povedano M, Granados G, Garcia M. Work environment factors in coping with patient death among Spanish nurses: a cross-sectional survey. *Rev. Latino-Am. Enferm.* [Internet]. 2020 [Citado el 2 de Julio de 2024] Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/K5k3ZMvq9NxTFknncWqHt5s/?format=pdf&lang=es>
- 71) Lien R, Lu S, Wang Y, Chin S, Shiung T. The Relationship Between Life Attitude and Death Coping Self-Efficacy in Intensive Care Nurses. *Hu Li Za Zhi.* 2020 [Citado 02 de Octubre 2024]; 67(5):33-43. Chinese. Doi: 10.6224/JN.202010_67(5).06.
- 72) Vázquez D, De la Rica M, Germán C, Caballero A. Afrontamiento y percepción profesional en la atención al final de la vida en los servicios hospitalarios de emergencias. Una revisión sistemática cualitativa. *Rev Esp Salud Pública.* 2019 [Citado 02 de Octubre 2024]; 1; 93:e201908051. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31363078/>

- 73) Jiang Q, Lu Y, Ying Y, Zhao H. Attitudes and knowledge of undergraduate nursing students about palliative care: An analysis of influencing factors. *Nurse Educ Today*. 2019 [Citado 02 de Octubre 2024]; 80:15-21. Doi: 10.1016/j.nedt.2019.05.040.
- 74) Marrero C., García A. Vivencias de las Enfermeras ante la Muerte. Una Revisión. *Rev ENE Enferm*. [Internet]. 2019 [Citado el 2 de Julio de 2024]; 13(2). Disponible <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/844>
- 75) Croxon L, Deravin L, Anderson J. Dealing with end of life-New graduated nurse experiences. *J Clin Nurs*. 2018 [Citado 02 de Octubre 2024]; 27(1-2):337-344. Doi: 10.1111/jocn.13907. Epub 2017 Jul 6. PMID: 28557177.
- 76) Samson T, Shvartzman P. Association between level of exposure to death and dying and professional quality of life among palliative care workers. *Palliat Support Care*. 2018 [Citado 02 de Octubre 2024]; 16(4):442–51. Doi:10.1017/S1478951517000487
- 77) Zheng R, Lee S, Bloomer M. How new graduate nurses experience patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Int J Nurs Stud*. 2016 [Citado el 02 de Octubre 2024]; 53:320-30. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.09.013.
- 78) Galiana L, Oliver A, Sansó N, Pades A, Benito E. Validación confirmatoria de la Escala de Afrontamiento de la muerte en profesionales de cuidados paliativos. *Med Palliat*. [Internet]. 2017 [citado el 02 de Julio de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-pdf-S1134248X15000476>
- 79) Edo-Gual M, Tomás-Sábado J, Bardallo-Porras D, Monforte-Royo C. The impact of death and dying on nursing students: an explanatory model. *J Clin Nurs*. 2014 [Citado el 02 de Octubre 2024]; 23(23-24):3501-12. Doi: 10.1111/jocn.12602.
- 80) Hernández R, Mendoza C. Metodología de la Investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1ª. ed. McGraw-Hill. México, D.F., 2018. Pág. 140 - 141.

- 81) Bugen, L. A. (1981). Coping: Effects of Death Education. OMEGA - Journal of Death and Dying, 11(2), 175-183. <https://doi.org/10.2190/JQPA-QFHW-VQ7A-MCAK>

- 82) Almentero S. Adaptación preliminar del instrumento Professional Quality of Life Scale (ProQOL) Versión IV. [Tesis de Magister]. Konrad Lorenz Facultad de Psicología. Bogotá. Colombia; Chiclayo; 2022. 62 p.

- 83) Schmidt J. Validación española de la escala de “Bugen de Afrontamiento de la muerte” y del “perfil revisado de actitudes hacia la muerte”. [Tesis doctoral]. España: Universidad de Granada, Enfermería; 2007.

- 84) Robbins R. Death competency: a study of hospice volunteers. Death Stud. 1992; 16(6):557-69. Doi: 10.1080/07481189208252598.

- 85) Domínguez K., Gonzales D. Adaptación transcultural de instrumentos para el estudio de acoso psicológico y factores relacionados en enfermeras/os. Cienc Enferm. [Internet]. 2023 [Citado el 02 de Julio 2024] Disponible en: <https://revistas.udec.cl/index.php/cienciayenfermeria/article/view/11461/10598>

- 86) Stamm, B. The ProQOL Manual. Institute of Rural Health. Idaho State University. 2005.

- 87) Stamm B. Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales, Revision IV (ProQOL-R IV). Traducción al español de Morante Benadero M, Moreno Jiménez B, Rodríguez Muñoz A. Universidad Autónoma de Madrid, España; 2005. [Citado el 25 de Julio 2026]; Disponible en: <https://img1.wsimg.com/blobby/go/dfc1e1a0-a1db-4456-9391-18746725179b/downloads/Spanish.pdf>

- 88) Suárez O. Un marco ético amplio para la investigación científica en seres humanos: más allá de los códigos y las declaraciones. La propuesta de Ezekiel J. Emanuel. Pers.Bioét. 2015; 19(2): 182-197.

DOI: 10.5294/pebi.2015.19.2.2

- 89) Li J, Wang Q, Guan C, Luo L, Hu X. Compassion fatigue and compassion satisfaction among Chinese palliative care nurses: a province-wide cross-sectional survey. *J Nurs Manag* [Internet]. 2022 [Citado el 25 de julio 2026]; 30(7): 3060-3073. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jonm.13708>

- 90) Halcomb E, Fernandez R, Mursa R, Stephen C, Calma K, Ashley C, et al. Evaluation of the Brief Coping Orientation to Problems Experienced scale and exploration of coping among primary health care nurses during COVID-19. *J Nurs Manag* [Internet]. 2022 [Citado el 25 de julio 2026]; 30(7):2597-608. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jonm.13816>

- 91) Garcia G, Marziale M. Indicadores de esgotamento profissional em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [Citado el 25 de julio 2026];71(suppl 5):2334-2342. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0530>

- 92) Chang WP. How social support affects the ability of clinical nursing personnel to cope with death. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2018 [Citado el 25 de julio 2026]; 44:25-32. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.09.005>

- 93) Violim N, Trevisan J, Quina M, Perfeito R, Oliveira A, Lourenço M, et al. Satisfacción, fatiga por compasión y factores asociados en las enfermeras de la atención primaria. *Enferm Glob* [Internet]. 2021 [Citado el 25 de julio 2026]; 20(64):291-323. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/eglobal.457511>

- 94) Oliver A, Galiana L, De Simone G, Tomas J, Arena F, Linzitto J, et al. Palliative care professionals' inner lives: cross-cultural application of the awareness model of self-care. *Healthcare (Basel)* [Internet]. 2021 [Citado el 25 de julio 2026]; 9(1):81. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/healthcare9010081>

- 95) Koh M, Chong P, Neo P, Ong Y, Yong W, Ong W, et al. Burnout, psychological morbidity and use of coping mechanisms among palliative care practitioners: a multi centre cross sectional study. *Palliat*

Med [Internet]. 2015 [Citado el 25 de julio 2026]; 29(7):633-642. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0269216315575850>

- 96) Maung H. What's my age again? Age categories as interactive kinds. *Hist Philos Life Sci* [Internet]. 2021 [Citado el 25 de Julio 2026]; 43(1):36. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40656-021-00388-5>
- 97) Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *J Palliat Med*. 2009 [citado el 25 de julio 2026]; 12(10):885-904. doi:10.1089/jpm.2009.0142.
- 98) Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *J Palliat Med*. 2014 [citado el 25 de julio 2026]; 17(6):642-656. doi:10.1089/jpm.2014.9427.
- 99) Miller-Lewis L, Tieman J, Rawlings D, Sanderson C, Parker D. Correlates of perceived death competence: What role does meaning-in-life and quality-of-life play? *Palliat Support Care* [Internet]. 2019 [citado el 25 de julio 2026]; 17(5):550-560. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S1478951518000937>
- 100) Mills J, Wand T, Fraser J. Exploring the meaning and practice of self-care among palliative care nurses and doctors: a qualitative study. *BMC Palliat Care*. 2018 [citado el 25 de julio 2026]; 17:63. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0318-0>
- 101) Equipo editorial de Indeed. Niveles de experiencia laboral en la búsqueda de empleo [Internet]. Indeed México; [citado el 25 de julio 2026]. Disponible en: <https://mx.indeed.com/orientacion-profesional/desarrollo-profesional/experiencia-laboral>
- 102) Moreno-Milan B, Cano-Vindel A, Lopez-Dóriga P, Medrano L, Breitbart W. Meaning of work and personal protective factors among palliative care professionals. *Palliat Support Care*. 2019 [citado el 25 de julio 2026]; 17(4):381-387. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S147895151800113X>

- 103) Cañas-Lerma A, Hidalgo-Andrade P, Araujo-Lugo V, Moya G, Verger S. Emotional experiences in palliative care and professional quality of life: a qualitative approach. *Palliat Care Soc Pract* [Internet]. 2024 [citado el 25 de julio 2026]; 18: 1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/26323524241246531>

- 104) García-Salvador I, Chisbert-Alapont E, Antonaya-Campos A, Casaña-Mohedo J, Hurtado-Navarro C, Fernández-Peris S, et al. Valoración de necesidades formativas de nivel básico en cuidados paliativos en enfermeras de atención primaria en España. *Aten Primaria*. 2022 [citado el 25 de julio 2026]; 54(5):102344. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102344>

- 105) Zambrano S, Chur-Hansen A, Crawford G. The experiences, coping mechanisms, and impact of death and dying on palliative medicine specialists. *Palliat Support Care* [Internet]. 2014 [citado el 25 de julio 2026]; 12(4):309-316. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/S1478951513000138>

- 106) Baqeas MH, Davis J, Copnell B. Compassion fatigue and compassion satisfaction among palliative care health providers: a scoping review. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2021 [citado el 25 de julio 2026]; 20:88. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00784-5>

- 107) Galiana L, Sansó N, Muñoz-Martínez I, Vidal-Blanco G, Oliver A, Larkin P. Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Mediating Role of Self-Compassion in the Prediction of Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, Burnout and Wellbeing. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2022 [citado el 25 de julio 2026]; 63(1):112-123. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.07.004>

- 108) Jilou V, Duarte J, Gonçalves R, Vieira E, Simões A. Fatigue due to compassion in health professionals and coping strategies: a scoping review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2021 [citado el 25 de julio 2026]; 74(5). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0628>

- 109) Ercolani G, Varani S, Peghetti B, Franchini L, Malerba M, Messana R, et al. Burnout in Home Palliative Care: What Is the Role of Coping Strategies? *J Palliat Care* [Internet]. 2020 [citado el 25 de julio 2026];

35(1): 46- 52. Disponible en:
<https://doi.org/10.1177/0825859719827591>

- 110) Stamm B. The ProQOL manual: The Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction, Burnout & Compassion Fatigue [Internet]. 5th ed. Pocatello (ID): ProQOL.org; 2009 [citado el 25 de julio 2026]. Disponible en: <https://proqol.org>

- 111) Diccionarios.com. Edad. Diccionarios.com [Internet]. [Citado el 02 de Octubre 2024]. Disponible en: <https://www.diccionarios.com/diccionario/secundaria/edad>

- 112) Ministerio de Salud y Protección Social. Género. Ministerio de Salud y Protección Social [Internet]. [Citado el 02 de Octubre 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocionsocial/Paginas/genero.aspx>

- 113) Economipedia. Experiencia laboral. Economipedia [Internet]. [Citado el 02 de Octubre 2024]. Disponible en: <https://economipedia.com/definiciones/experiencia-laboral.html>

- 114) Puello Y, Quintero N, Canova C, Camargo Y, Amaya L, Guzmán Y, Cervantes S. Calidad de vida percibida por el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos de una clínica privada de la ciudad de Santa Marta. *Investig Enferm. Imagen Desarr.* [Internet]. 2014. [citado el 02 de Julio de 2024];16(1): 87-99. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.IE16-1.cvpp2.Canova B>

15. ANEXOS

Anexo 1: Definición de Variables

Variable Independiente	Dimensiones	Definición Nominal	Definición Operacional	Tipo de Variable	Nivel de Medición
Factores Biosocio-demográficos	Edad	Tiempo que ha vivido una persona, desde su nacimiento hasta la aplicación del instrumento, expresada en años (111).	Se midió en años cumplidos del profesional de salud al momento de la aplicación del instrumento.	Cuantitativa	Discreta
			Se categorizó la edad en (96): Adulthood joven: 23-44 años Adulthood	Cualitativa	Ordinal

			media: 45-64 años Adultez mayor: 65 o más años		
	Género	Conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres (112).	-Masculino -Femenino -Otro	Cualitativa	Categórica o nominal
	Situación familiar	Referido al estado o	-Vive solo/a -Vive en	Cualitativa	Categórica o nominal

		condición en que una persona se encuentra dentro de su núcleo familiar. Esta puede incluir aspectos de convivencia, como si vive solo, en pareja, con hijos, con sus padres, o si forma parte de una familia extensa.	pareja -Vive con hijos a su cargo -Vive con personas dependientes a su cargo -Vive con amigos -Vive con sus padres Para la descripción de las variables y el análisis se re-categorizó en: -Vive solo/a -Vive	Cualitativa	Categórica o nominal
--	--	---	--	-------------	----------------------

			acompañado/ a (en pareja, con hijos a su cargo, con personas dependientes a su cargo, con amigos o con sus padres).		
	Creencia religiosa y/o espiritual	Credo religioso/espir itual practicado por el sujeto de estudio.	Se midió mediante una pregunta dicotómica: Sí/No	Cualitativa	Categórica o nominal
	Percepción de influencia personal de la religión sobre su actitud a la muerte y el morir	Se refiere a cómo los profesionales de la salud evalúan cómo las enseñanzas y	Si presentaba una creencia religiosa y/o espiritual, se preguntó por la influencia de su	Cualitativa	Categórica ordinal

		principios religiosos afectan su actitud hacia la muerte y el morir, y cómo estas creencias influyen en sus emociones y comportamientos frente a la muerte.	creencia religiosa y/o espiritual en el afrontamiento ante la muerte, la cual tuvo tres alternativas como posibles respuestas.		
Factores Laborales	Profesión	Formación especializada, a través de estudios universitarios que se ejerce en un área específica del conocimiento.	Se midió con una pregunta abierta: ¿Cuál es su profesión?	Cualitativa	Categórica o nominal

		Implica un conjunto de habilidades y competencias adquiridas mediante la educación formal, y está regulada por normativas y estándares éticos establecidos por entidades profesionales .			
	Experiencia laboral	Conjunto de aptitudes y conocimientos adquiridos por una persona o grupo en un	Se midió en meses o años consultando a través del cuestionario de factores	Cuantitativa	Discreta

		determinado puesto laboral, o durante un periodo de tiempo específico (113).	biosociodemo gráficos y laborales. Se categorizaron los años de experiencia laboral en (101): -Nivel básico: < 2 años -Nivel intermedio o junior: 2 – 6 años -Nivel sénior: > 6 años	Cualitativa	Ordinal
	Experiencia laboral en Cuidados Paliativos	Conjunto de aptitudes y conocimiento s adquiridos por el	Se midió en meses o años consultando a través del	Cuantitativa	Discreta

		profesional en Cuidados Paliativos, durante un periodo de tiempo específico.	cuestionario de factores biosociodemográficos y laborales. Se categorizaron los años de experiencia laboral en (101): -Nivel básico: < 2 años -Nivel intermedio o junior: 2 – 6 años -Nivel sénior: > 6 años	Cualitativa	Ordinal
	Experiencia de muerte	Se refiere al conjunto de vivencias,	Se midió mediante una pregunta:	Cualitativa	Ordinal

		percepciones o situaciones relacionadas con la proximidad o el enfrentamient o con la muerte.	¿En qué medida cree que las pérdidas que ha sufrido a lo largo de su infancia, juventud y adultez le han marcado emocionalme nte? En donde se clasificaron las respuestas en: -Mucho -Bastante -Poco -Nada		
--	--	---	--	--	--

	Experiencia de muerte en Cuidados Paliativos	Conjunto de percepciones , emociones y reacciones que experimenta un profesional de la salud al enfrentar la muerte de un paciente en Cuidados Paliativos que incluye el manejo del proceso de muerte, la atención a las necesidades del paciente y su familia, y la reflexión	Se midió mediante la siguiente pregunta: En su trabajo en Cuidados Paliativos, ¿ha estado involucrado/a en el proceso de muerte de un paciente? Respuesta dicotómica: Sí/No	Cualitativa	Nominal, dicotómica
--	--	--	---	-------------	---------------------

		sobre el significado de la vida y la muerte en el contexto de su práctica profesional.			
	Frecuencia con la que enfrenta una situación de muerte	Cantidad de veces que una persona experimenta o se ve confrontada con situaciones relacionadas con la muerte. Esto puede incluir la pérdida de seres queridos, la exposición a	Se midió mediante una pregunta: ¿Con qué frecuencia aproximada se enfrenta a una situación de muerte o agonía en su lugar de trabajo? En donde se clasificaron las respuestas	Cualitativa	Ordinal

		muertes en el entorno social o profesional.	en: -Casi a diario -Semanalmente algún caso -Algunas veces al mes -Raramente / ocasionalmente		
	Implicancia emocional	Se refiere al grado de afectación o influencia que una situación, evento o experiencia tiene sobre las emociones de una persona.	Se midió mediante una pregunta: ¿Con qué frecuencia se implica emocionalmente? En donde se clasificaron las respuestas	Cualitativa	Ordinal

			en: -Nunca -Raramente -Algunas veces -Con mucha frecuencia -Siempre		
	Formación de curso y/o postgrado en cuidados paliativos	Grado que se otorga a los estudios sistemáticos de postgrado en una institución de educación superior, que se le concede al alumno cuando ha superado las exigencias	Se midió mediante una pregunta: ¿Usted presenta formación de postgrado en cuidados paliativos? Respuesta dicotómica: Sí/No En caso de	Cualitativa	Nominal, dicotómica Ordinal

		académicas de cada ciclo o etapa, diseñado para dotar a los profesionales de la salud de conocimiento s, habilidades y actitudes necesarias para proporcionar atención integral a pacientes con enfermedade s terminales, enfocándose en el alivio del dolor, la	respuesta afirmativa, se presentó la siguiente: ¿De qué tipo?, categorizand o sus respuestas en: -Curso -Diplomado -Especialidad -Magíster -Doctorado		
--	--	--	---	--	--

		gestión de síntomas, y el apoyo emocional y espiritual tanto a pacientes como a sus familias.			
	Percepción de la formación recibida en Cuidados Paliativos	Se refiere a cómo los profesionales de la salud evalúan la calidad, relevancia y efectividad de la capacitación que han recibido en este campo.	Se midió con la siguiente pregunta: Califique ¿cómo percibe la formación recibida en cuidados paliativos en cuanto a su utilidad para afrontar la muerte de un	Cualitativa	Ordinal

			paciente? En donde se clasificaron las respuestas en: -No aplica -Mala -Regular -Buena -Excelente		
	Actividades de autocuidado dentro del equipo de Cuidados Paliativos	Actividades esenciales para mantener el bienestar emocional y físico de los profesionales que enfrentan situaciones	Presenta respuesta dicotómica de Sí/No, en caso afirmativo se debió responder la pregunta ¿Cuáles y	Cuantitativa Cualitativa	Discreta Nominal

		emocionalmente desafiantes. Ayudan a prevenir el agotamiento profesional y a mantener un ambiente de trabajo saludable y positivo, lo que repercute en la calidad del cuidado brindado a los pacientes. Algunas de estas actividades incluyen: Técnicas de manejo del	con qué frecuencia en el año?		
--	--	---	--------------------------------------	--	--

		calidad de atención de los pacientes y sus familias. Estas actividades pueden incluir: Talleres y seminarios, capacitación en comunicación , simulaciones, revisión de casos clínicos, interdisciplina riedad y formación continua en	el año?		
--	--	--	---------	--	--

		cursos.			
Afrontamiento ante la muerte		Se define como las habilidades y capacidades que el profesional tiene para afrontar la muerte, así como sus actitudes y creencias sobre dichas capacidades (79)	Se aplicó la Escala de Bugen, que está conformada por 30 ítems, que puntúan en una escala con formato tipo Likert, con anclajes que van de 1 («totalmente en desacuerdo») , 4 («neutral») a 7 («totalmente de acuerdo»). Se obtiene	Cuantitativa Cualitativa	Discreta Categórica ordinal

			una puntuación total en competencia en enfrentamiento de la muerte a partir de la suma de todos los ítems, teniendo que invertir los ítems 13 y 24, de forma que la puntuación total de los sujetos puede oscilar entre 30 y 210, valores inferiores a		
--	--	--	---	--	--

			105 puntos (percentil 50) indican un afrontamiento inadecuado y valores superiores a 157 (percentil 75) un afrontamiento óptimo (78).		
Variable Dependiente	Dimensiones	Definición Nominal	Definición Operacional	Tipo de Variable	Nivel de Medición
Calidad de Vida Profesional		Corresponde a la capacidad percibida del profesional para responder a las demandas de la jornada	Se utilizó la Escala de Calidad de Vida Profesional conocida como ProQOL. Esta escala consta de 30	Cuantitativa Cualitativa	Discreta Categórica ordinal

		laboral y del trabajo en general, corresponde a un concepto complejo y multidimensional, que involucra aspectos del ambiente de trabajo como la relación entre funcionarios, remuneración, motivación y carga laboral (114).	ítems y mide la Calidad de vida profesional por medio de tres dimensiones: 1. Fatiga de compasión (lo componen los ítems 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28) 2. Riesgo de Síndrome de Burnout (integrada por los ítems 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29)		
--	--	---	--	--	--

			3. Satisfacción de compasión (compuesta por los ítems 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27 y 30). Estas tres dimensiones se evalúan mediante 10 ítems cada una, que puntúan en una escala tipo Likert de 0 a 5 puntos: 0 Nunca – 1 Raramente – 2 Algunas veces – 3		
--	--	--	--	--	--

			Con alguna frecuencia – 4 Casi siempre – 5 Siempre. Las variables de satisfacción de compasión, fatiga de compasión y riesgo de síndrome de Burnout, se obtienen a partir de la suma de los ítems de cada dimensión (82). Los resultados obtenidos se		
--	--	--	--	--	--

			interpretan por separado de acuerdo a cada dimensión, obteniendo 3 categorías de niveles de riesgo: bajo, medio y alto.		
--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración Propia 2024.

Anexo 2: Instrumento recolector de datos



INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS:



CÓDIGO N°: _____

Estimado (a) participante, a continuación, se presenta el instrumento recolector de datos de la investigación a la cual usted ha aceptado participar. Este consta de tres partes, las cuales presentan distintas preguntas e ítems. El tiempo estimado que podría demorarse es de 30 minutos.

Parte I: Cuestionario de factores biosociodemográficos y laborales:

A continuación, se presenta una serie de preguntas de su situación actual, referido a antecedentes biosociodemográficos y laborales.

Si usted no está seguro (a) sobre alguna respuesta, puede escoger la que le parezca más apropiada. Marque con una X la casilla que corresponda.

I. Antecedentes generales:

1) Edad: _____

2) Género: (seleccione una casilla. En caso de Otro, especifique cuál)

☐ Femenino

☐ Masculino

☐ Otro: _____

3) Situación familiar:

- ☐ Vive solo/a
- ☐ Vive en pareja
- ☐ Vive con hijos a su cargo
- ☐ Vive con personas dependientes a su cargo
- ☐ Vive con amigos
- ☐ Vive con sus padres

4) Posee creencia religiosa y/o espiritual:

- ☐ Sí
- ☐ No

Si su respuesta fue afirmativa, conteste la siguiente pregunta:

4.1) Sus creencias o prácticas religiosas y/o espirituales: (marque la aseveración que a usted lo/a interpreta/o)

- ☐ No influye en mi actitud hacia la muerte y el morir.
- ☐ Ejercen una pequeña influencia sobre mi actitud hacia la muerte y el morir.
- ☐ Ejercen una fuerte influencia en mi actitud hacia la muerte y el morir.

II. Factores Laborales:

1) ¿Cuál es su profesión?: _____

2) Años de experiencia laboral: _____

3) Años de experiencia laboral en Cuidados Paliativos:

4) ¿En qué medida cree que las pérdidas que ha sufrido a lo largo de su infancia, juventud y adultez le han marcado emocionalmente?:

☐ Mucho

☐ Bastante

☐ Poco

☐ Nada

5) En su trabajo en Cuidados Paliativos, ¿ha estado involucrado/a en el proceso de muerte de un paciente?:

☐ Sí

☐ No

6) ¿Con qué frecuencia aproximada se enfrenta a una situación de muerte o agonía en su lugar de trabajo?:

☐ Casi a diario

☐ Semanalmente algún caso

☐ Algunas veces al mes

☐ Raramente / ocasionalmente

7) ¿Con qué frecuencia se implica emocionalmente?:

☐ Nunca

☐ Raramente

☐ Algunas veces

☐ Con mucha frecuencia

☐ Siempre

8) ¿Usted presenta formación curso y/o postgrado en cuidados paliativos?:

☐ **Sí**

☐ **No**

Si su respuesta fue afirmativa, conteste la siguiente pregunta:

8.1) ¿De qué tipo?: (puede marcar más de una casilla)

☐ **Curso**

☐ **Diplomado**

☐ **Especialidad**

☐ **Magíster**

☐ **Doctorado**

9) ¿Cómo percibe la formación recibida en cuidados paliativos en cuanto a su utilidad para afrontar la muerte de un paciente?:

☐ **No aplica**

☐ **Mala**

☐ **Regular**

☐ **Buena**

☐ Excelente

10) ¿En su lugar de trabajo, se realizan actividades de autocuidado dentro del equipo de Cuidados Paliativos?:

☐ Sí

☐ No

Si su respuesta fue afirmativa, conteste la siguiente pregunta:

10.1) ¿Cuáles y con qué frecuencia en el año?:

11) ¿En su lugar de trabajo, se realizan actividades de capacitación dentro del equipo de Cuidados Paliativos?:

☐ Sí

☐ No

Si su respuesta fue afirmativa, conteste la siguiente pregunta:

11.1) ¿Cuáles y con qué frecuencia en el año?:

Parte II: “Escala de Bugen, Afrontamiento ante la muerte”:

Por favor, valore en una escala del 1 al 7 su nivel de acuerdo con cada una de estas afirmaciones.

1	2	3	4	5	6	7					
Totalmente en desacuerdo			Neutral		Completamente 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

Fuente: Schmidt J. Validación española de la escala de “Bugen de Afrontamiento de la muerte”, 2007.

Parte III: “Professional Quality of Life”, Versión IV:

Ayudar a otros le pone en contacto directo con la vida de otras personas. Como usted seguramente lo ha comprobado, su compasión o empatía por aquellos que ayuda tienen aspectos tanto positivos como negativos. Quisiera hacerle unas preguntas acerca de sus experiencias, positivas o negativas, como profesional de la salud. Considere cada una de las siguientes aseveraciones de acuerdo con su situación actual. Utilizando una X, marque en cada frase, siendo lo más sincero (a) posible, el valor que refleje su experiencia profesional más frecuente para usted en los últimos 30 días.

	0 Nunca	1 Raramente	2 Algunas veces	3 Con alguna frecuencia	4 Casi siempre	5 Siempre
1. Soy feliz						
2. Estoy preocupado/a por una o más personas a las que he ayudado.						
3. Estoy satisfecho/a de poder ayudar a la gente.						

4. Me siento vinculado/a a otras personas, con ocasión de mi trabajo.						
5. Me sobresaltan los sonidos inesperados.						
6. Me siento fortalecido/a después de trabajar con las personas a las que he ayudado.						
7. Encuentro difícil separar mi vida personal de mi vida profesional.						
8. Pierdo el						

sueño por las experiencias traumáticas de las personas a las que he ayudado.						
9. Creo que he sido afectado/a negativamente por las experiencias traumáticas de aquellos a quienes he ayudado.						
10. Me siento “atrapado/a” por mi trabajo.						
11. Debido a mi profesión tengo la sensación de estar al límite en varias cosas.						

12. Me gusta trabajar ayudando a la gente.						
13. Me deprimó como resultado de mi trabajo.						
14. Me siento como si fuera yo el que experimenta el trauma de alguien al que he ayudado.						
15. Tengo creencias (religiosas, espirituales u otras) que me apoyan en mi trabajo profesional.						
16. Estoy						

satisfecho/a por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de asistencia médica.						
17. Soy la persona que siempre he querido ser.						
18. Mi trabajo me hace sentir realizado/a.						
19. Por causa de mi trabajo me siento agotado/a.						
20. Tengo pensamientos de satisfacción acerca de las						

personas a las que he ayudado y sobre cómo he podido ayudarles.						
21. Me siento abrumado por la cantidad y tipo de trabajo que tengo que afrontar.						
22. Creo que puedo hacer cambiar las cosas a través de mi trabajo.						
23. Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan a las experiencias espantosas de						

la gente que he ayudado.						
24. Planeo continuar con mi trabajo por muchos años.						
25. Como resultado de mi trabajo profesional, tengo pensamientos molestos, repentinos.						
26. Me siento “estancado/a” (sin saber qué hacer) por cómo funciona el sistema sanitario.						
27. Considero que soy un						

buen profesional.						
28. No puedo recordar determinados acontecimientos relacionados con víctimas muy traumáticas.						
29. Soy una persona demasiado sensible.						
30. Estoy feliz por haber elegido hacer este trabajo.						

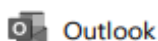
Fuente: Stamm. ProQOL versión IV, traducida al español, 2005.

Agradezco su colaboración en este estudio y su valioso tiempo.

Anexo 3: Carta de apoyo enviado a Directivo responsable (DAS y CESFAM)

9/7/25, 11:39 p.m.

Correo: María José Cuadra Villa - Outlook



SOLICITUD DE APOYO PARA REALIZACION DE INVESTIGACION EN CESFAM O'HIGGINS

Desde María José Cuadra Villa <mcuadra2016@udec.cl>

Fecha Lun 28/04/2025 8:00

Para myevenes@dasconcepcion.cl <myevenes@dasconcepcion.cl>

 4 archivos adjuntos (2 MB)

CARTA-RESPALDO-JEFE-DE-SERVICIO-O-SITIO-DE-INVESTIGACION.docx; Consentimiento Informado.pdf; INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS.pdf; RESUMEN PROYECTO DE TESIS.pdf;

Estimado Director Marcelo Yévenes Soto

Director Centro de Salud Familiar O'Higgins

Presente.

Ref.: Solicita apoyo en investigación.

De mi consideración:

Junto con saludar atentamente, me presento como investigadora responsable del proyecto titulado "Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos", desarrollado en el contexto del programa de Magíster de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y solicito a Ud. apoyo para la ejecución de esta investigación en el establecimiento que dirige, y que se realizará sólo, posterior a la aprobación de los Comités de Ética Científicos (CEC) correspondientes.

El objetivo principal de la investigación es "Evaluar el afrontamiento ante la muerte y su asociación con la calidad de vida profesional, estimando las diferencias según los factores biosociodemográficos y laborales de los profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales (CPU) de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, durante el primer semestre del año 2025".

El diseño metodológico considera la participación de los profesionales de salud que se desempeñan en el Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío.

Una vez aprobado en los respectivos CEC, el procedimiento implicará primero, la solicitud de permiso para la ejecución al director/a de CESFAM. Posterior a su aprobación, se solicitará una reunión grupal o personal de acuerdo con la disponibilidad de los profesionales de salud del Programa de CPU. En esta se les invitará a participar de manera libre y voluntaria. Se les explicará la investigación, el objetivo del estudio e importancia de su participación y colaboración. Posteriormente a los participantes interesados se les hará entrega del consentimiento informado, e instrumento de investigación.

Cabe destacar, que en todo momento se procurará un lugar que sea cómodo y privado, el cual mantenga la confidencialidad, privacidad y tranquilidad.

La autorización final de la ejecución de este proyecto estará condicionada a su carta de apoyo o respaldo (la cual se adjunta a este correo), a la posterior evaluación del Comité de Ética respectivo, y a la aplicación del proceso de consentimiento informado.

Adicionalmente, informo que esta carta de apoyo es necesaria para que el proyecto sea evaluado por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, y Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.

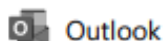
Se adjuntan los siguientes documentos:

- -Resumen del proyecto de tesis.
- -Instrumento Recolector de Datos.
- -Modelo de documento de consentimiento informado.
- **-Carta de respaldo (en caso de tener su autorización se debe reenviar carta a correo de investigadora responsable).**

Sin otro particular, me despido agradeciendo su consideración.

Atentamente,

María José Cuadra Villa
Investigadora Responsable



SOLICITUD DE APOYO PARA REALIZAR INVESTIGACION EN CVMF

Desde María José Cuadra Villa <mcuadra2016@udec.cl>

Fecha Vie 13/06/2025 11:40

Para secretariacvmf@ssconcepcion.cl <secretariacvmf@ssconcepcion.cl>

 4 archivos adjuntos (2 MB)

INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS.pdf; RESUMEN PROYECTO DE TESIS.pdf; Consentimiento Informado VRID.pdf; CARTA-RESPALDO.docx;

Estimada Dra. Vilma Razmilic Bonacic

Directora Centro de Salud Familiar Víctor Manuel Fernández

Presente.

Ref.: Solicita apoyo en investigación.

De mi consideración:

Junto con saludar atentamente, me presento como investigadora responsable del proyecto titulado "Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos", desarrollado en el contexto del programa de Magíster de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y solicito a Ud. apoyo para la ejecución de esta investigación en el establecimiento que dirige, y que se realizará sólo, posterior a la aprobación de los Comités de Ética Científicos (CEC) correspondientes.

El objetivo principal de la investigación es "Evaluar el afrontamiento ante la muerte y su asociación con la calidad de vida profesional, estimando las diferencias según los factores biosociodemográficos y laborales de los profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales (CPU) de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, durante el primer semestre del año 2025".

El diseño metodológico considera la participación de los profesionales de salud que se desempeñan en el Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío.

Una vez aprobado en los respectivos CEC, el procedimiento implicará primero, la solicitud de permiso para la ejecución al director/a de CESFAM. Posterior a su aprobación, se solicitará una reunión grupal o personal de acuerdo con la disponibilidad de los profesionales de salud del Programa de CPU. En esta se les invitará a participar de manera libre y voluntaria. Se les explicará la investigación, el objetivo del estudio e importancia de su participación y colaboración. Posteriormente a los participantes interesados se les hará entrega del consentimiento informado, e instrumento de investigación.

Cabe destacar, que en todo momento se procurará un lugar que sea cómodo y privado, el cual mantenga la confidencialidad, privacidad y tranquilidad.

La autorización final de la ejecución de este proyecto estará condicionada a su carta de apoyo o respaldo (la cual se adjunta a este correo), a la posterior evaluación del Comité de Ética respectivo, y a la aplicación del proceso de consentimiento informado.

Adicionalmente, informo que esta carta de apoyo es necesaria para que el proyecto sea evaluado por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, y Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.

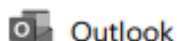
Se adjuntan los siguientes documentos:

- Resumen del proyecto de tesis.
- Instrumento Recolector de Datos.
- Modelo de documento de consentimiento informado.
- **Carta de respaldo (en caso de tener su autorización se debe reenviar carta a correo de investigadora responsable).**

Sin otro particular, me despido agradeciendo su consideración.

Atentamente,

María José Cuadra Villa
Investigadora Responsable



SOLICITUD DE APOYO PARA REALIZAR INVESTIGACION EN CESFAM LORENZO ARENAS

Desde María José Cuadra Villa <mcuadra2016@udec.cl>

Fecha Vie 04/07/2025 15:59

Para phenriquez@dasconcepcion.cl <phenriquez@dasconcepcion.cl>

 4 archivos adjuntos (2 MB)

Consentimiento Informado.pdf; CARTA-RESPALDO-JEFE-DE-SERVICIO-O-SITIO-DE-INVESTIGACION (1).docx; INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS.pdf; RESUMEN PROYECTO DE TESIS.pdf;

Estimado Directora Patricia Henríquez

Directora Centro de Salud Familiar Lorenzo Arenas

Presente.

Ref.: Solicita apoyo en investigación.

De mi consideración:

Junto con saludar atentamente, me presento como investigadora responsable del proyecto titulado "Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos", desarrollado en el contexto del programa de Magíster de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y solicito a Ud. apoyo para la ejecución de esta investigación en el establecimiento que dirige, y que se realizará sólo, posterior a la aprobación de los Comités de Ética Científicos (CEC) correspondientes.

El objetivo principal de la investigación es "Evaluar el afrontamiento ante la muerte y su asociación con la calidad de vida profesional, estimando las diferencias según los factores biosociodemográficos y laborales de los profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales (CPU) de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, durante el primer semestre del año 2025".

El diseño metodológico considera la participación de los profesionales de salud que se desempeñan en el Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío.

Una vez aprobado en los respectivos CEC, el procedimiento implicará primero, la solicitud de permiso para la ejecución al director/a de CESFAM. Posterior a su aprobación, se solicitará una reunión grupal o personal de acuerdo con la disponibilidad de los profesionales de salud del Programa de CPU. En esta se les invitará a participar de manera libre y voluntaria. Se les explicará la investigación, el objetivo del estudio e importancia de su participación y colaboración. Posteriormente a los participantes interesados se les hará entrega del consentimiento informado, e instrumento de investigación.

Cabe destacar, que en todo momento se procurará un lugar que sea cómodo y privado, el cual mantenga la confidencialidad, privacidad y tranquilidad.

La autorización final de la ejecución de este proyecto estará condicionada a su carta de apoyo o respaldo (la cual se adjunta a este correo), a la posterior evaluación del Comité de Ética respectivo, y a la aplicación del proceso de consentimiento informado.

Adicionalmente, informo que esta carta de apoyo es necesaria para que el proyecto sea evaluado por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, y Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.

Se adjuntan los siguientes documentos:

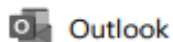
- Resumen del proyecto de tesis.
- Instrumento Recolector de Datos.
- Modelo de documento de consentimiento informado.

-Carta de respaldo (en caso de tener su autorización se debe reenviar carta a correo de investigadora responsable).

Sin otro particular, me despido agradeciendo su consideración.

Atentamente,

María José Cuadra Villa
Investigadora Responsable



SOLICITUD DE APOYO PARA REALIZAR INVESTIGACION EN CESFAM TUCAPEL

Desde María José Cuadra Villa <mcuadra2016@udec.cl>

Fecha Lun 30/06/2025 11:19

Para jbernal@dasconcepcion.cl <jbernal@dasconcepcion.cl>; nmunoz@dasconcepcion.cl <nmunoz@dasconcepcion.cl>

 4 archivos adjuntos (2 MB)

RESUMEN PROYECTO DE TESIS.pdf; INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS.pdf; CARTA-RESPALDO-JEFE-DE-SERVICIO-O-SITIO-DE-INVESTIGACION (1).docx; Consentimiento Informado VRID.pdf;

Estimada Jeannette Bernal Martínez
Directora Centro de Salud Familiar Tucapel

Presente.

Ref.: Solicita apoyo en investigación.

De mi consideración:

Junto con saludar atentamente, me presento como investigadora responsable del proyecto titulado "Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos", desarrollado en el contexto del programa de Magíster de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y solicito a Ud. apoyo para la ejecución de esta investigación en el establecimiento que dirige, y que se realizará sólo, posterior a la aprobación de los Comités de Ética Científicos (CEC) correspondientes.

El objetivo principal de la investigación es "Evaluar el afrontamiento ante la muerte y su asociación con la calidad de vida profesional, estimando las diferencias según los factores biosociodemográficos y laborales de los profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales (CPU) de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, durante el primer semestre del año 2025".

El diseño metodológico considera la participación de los profesionales de salud que se desempeñan en el Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío.

Una vez aprobado en los respectivos CEC, el procedimiento implicará primero, la solicitud de permiso para la ejecución al director/a de CESFAM. Posterior a su aprobación, se solicitará una reunión grupal o personal de acuerdo con la disponibilidad de los profesionales de salud del Programa de CPU. En esta se les invitará a participar de manera libre y voluntaria. Se les explicará la investigación, el objetivo del estudio e importancia de su participación y colaboración. Posteriormente a los participantes interesados se les hará entrega del consentimiento informado, e instrumento de investigación.

Cabe destacar, que en todo momento se procurará un lugar que sea cómodo y privado, el cual mantenga la confidencialidad, privacidad y tranquilidad.

La autorización final de la ejecución de este proyecto estará condicionada a su carta de apoyo o respaldo (la cual se adjunta a este correo), a la posterior evaluación del Comité de Ética respectivo, y a la aplicación del proceso de consentimiento informado.

Adicionalmente, informo que esta carta de apoyo es necesaria para que el proyecto sea evaluado por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, y Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.

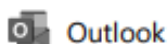
Se adjuntan los siguientes documentos:

- Resumen del proyecto de tesis.
- Instrumento Recolector de Datos.
- Modelo de documento de consentimiento informado.
- **Carta de respaldo (en caso de tener su autorización se debe reenviar carta a correo de investigadora responsable).**

Sin otro particular, me despido agradeciendo su consideración.

Atentamente,

María José Cuadra Villa
Investigadora Responsable



SOLICITUD DE APOYO PARA REALIZACION DE INVESTIGACION EN CESFAM SANTA SABINA

Desde María José Cuadra Villa <mcuadra2016@udec.cl>

Fecha Mié 18/06/2025 16:51

Para meosorio@dasconcepcion.cl <meosorio@dasconcepcion.cl>

 4 archivos adjuntos (2 MB)

CARTA-RESPALDO-JEFE-DE-SERVICIO-O-SITIO-DE-INVESTIGACION.docx; RESUMEN PROYECTO DE TESIS.pdf; INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS.pdf; Consentimiento Informado VRID.pdf;

Estimada Directora María Eugenia Osorio
Director Centro de Salud Familiar Santa Sabina

Presente.

Ref.: Solicita apoyo en investigación.

De mi consideración:

Junto con saludar atentamente, me presento como investigadora responsable del proyecto titulado "Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos", desarrollado en el contexto del programa de Magíster de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y solicito a Ud. apoyo para la ejecución de esta investigación en el establecimiento que dirige, y que se realizará sólo, posterior a la aprobación de los Comités de Ética Científicos (CEC) correspondientes.

El objetivo principal de la investigación es "Evaluar el afrontamiento ante la muerte y su asociación con la calidad de vida profesional, estimando las diferencias según los factores biosociodemográficos y laborales de los profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales (CPU) de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, durante el primer semestre del año 2025".

El diseño metodológico considera la participación de los profesionales de salud que se desempeñan en el Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío.

Una vez aprobado en los respectivos CEC, el procedimiento implicará primero, la solicitud de permiso para la ejecución al director/a de CESFAM. Posterior a su aprobación, se solicitará una reunión grupal o personal de acuerdo con la disponibilidad de los profesionales de salud del Programa de CPU. En esta se les invitará a participar de manera libre y voluntaria. Se les explicará la investigación, el objetivo del estudio e importancia de su participación y colaboración. Posteriormente a los participantes interesados se les hará entrega del consentimiento informado, e instrumento de investigación.

Cabe destacar, que en todo momento se procurará un lugar que sea cómodo y privado, el cual mantenga la confidencialidad, privacidad y tranquilidad.

La autorización final de la ejecución de este proyecto estará condicionada a su carta de apoyo o respaldo (la cual se adjunta a este correo), a la posterior evaluación del Comité de Ética respectivo, y a la aplicación del proceso de consentimiento informado.

Adicionalmente, informo que esta carta de apoyo es necesaria para que el proyecto sea evaluado por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, y Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.

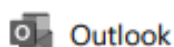
Se adjuntan los siguientes documentos:

- -Resumen del proyecto de tesis.
- -Instrumento Recolector de Datos.
- -Modelo de documento de consentimiento informado.
- **-Carta de respaldo (en caso de tener su autorización se debe reenviar carta a correo de investigadora responsable).**

Sin otro particular, me despido agradeciendo su consideración.

Atentamente,

María José Cuadra Villa
Investigadora Responsable



SOLICITUD DE APOYO PARA REALIZACION DE INVESTIGACION EN CESFAM JUAN SOTO FERNANDEZ

Desde María José Cuadra Villa <mcuadra2016@udec.cl>

Fecha Jue 19/06/2025 10:38

Para xnuevas@dasconcepcion.cl <xnuevas@dasconcepcion.cl>

 4 archivos adjuntos (2 MB)

CARTA-RESPALDO-JEFE-DE-SERVICIO-O-SITIO-DE-INVESTIGACION.docx; Consentimiento Informado.pdf; INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS.pdf; RESUMEN PROYECTO DE TESIS.pdf;

Estimada Directora Ximena Nuevas

Directora Centro de Salud Familiar Juan Soto Fernández

Presente.

Ref.: Solicita apoyo en investigación.

De mi consideración:

Junto con saludar atentamente, me presento como investigadora responsable del proyecto titulado "Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos", desarrollado en el contexto del programa de Magíster de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y solicito a Ud. apoyo para la ejecución de esta investigación en el establecimiento que dirige, y que se realizará sólo, posterior a la aprobación de los Comités de Ética Científicos (CEC) correspondientes.

El objetivo principal de la investigación es "Evaluar el afrontamiento ante la muerte y su asociación con la calidad de vida profesional, estimando las diferencias según los factores biosociodemográficos y laborales de los profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales (CPU) de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, durante el primer semestre del año 2025".

El diseño metodológico considera la participación de los profesionales de salud que se desempeñan en el Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío.

Una vez aprobado en los respectivos CEC, el procedimiento implicará primero, la solicitud de permiso para la ejecución al director/a de CESFAM. Posterior a su aprobación, se solicitará una reunión grupal o personal de acuerdo con la disponibilidad de los profesionales de salud del Programa de CPU. En esta se les invitará a participar de manera libre y voluntaria. Se les explicará la investigación, el objetivo del estudio e importancia de su participación y colaboración. Posteriormente a los participantes interesados se les hará entrega del consentimiento informado, e instrumento de investigación.

Cabe destacar, que en todo momento se procurará un lugar que sea cómodo y privado, el cual mantenga la confidencialidad, privacidad y tranquilidad.

La autorización final de la ejecución de este proyecto estará condicionada a su carta de apoyo o respaldo (la cual se adjunta a este correo), a la posterior evaluación del Comité de Ética respectivo, y a la aplicación del proceso de consentimiento informado.

Adicionalmente, informo que esta carta de apoyo es necesaria para que el proyecto sea evaluado por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, y Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.

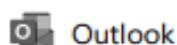
Se adjuntan los siguientes documentos:

- -Resumen del proyecto de tesis.
- -Instrumento Recolector de Datos.
- -Modelo de documento de consentimiento informado.
- **-Carta de respaldo (en caso de tener su autorización se debe reenviar carta a correo de investigadora responsable).**

Sin otro particular, me despido agradeciendo su consideración.

Atentamente,

María José Cuadra Villa
Investigadora Responsable



SOLICITUD DE APOYO PARA REALIZACION DE INVESTIGACION EN CESFAM PEDRO DE VALDIVIA

Desde María José Cuadra Villa <mcuadra2016@udec.cl>

Fecha Lun 30/06/2025 11:16

Para xbrito@dasconcepcion.cl <xbrito@dasconcepcion.cl>

 4 archivos adjuntos (2 MB)

CARTA-RESPALDO-JEFE-DE-SERVICIO-O-SITIO-DE-INVESTIGACION.docx; Consentimiento Informado VRID.pdf; INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS.pdf; RESUMEN PROYECTO DE TESIS.pdf;

Estimada Directora Ximena Brito
Director Centro de Salud Familiar Pedro de Valdivia
Presente.

Ref.: Solicita apoyo en investigación.

De mi consideración:

Junto con saludar atentamente, me presento como investigadora responsable del proyecto titulado "Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos", desarrollado en el contexto del programa de Magíster de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y solicito a Ud. apoyo para la ejecución de esta investigación en el establecimiento que dirige, y que se realizará sólo, posterior a la aprobación de los Comités de Ética Científicos (CEC) correspondientes.

El objetivo principal de la investigación es "Evaluar el afrontamiento ante la muerte y su asociación con la calidad de vida profesional, estimando las diferencias según los factores biosociodemográficos y laborales de los profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales (CPU) de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, durante el primer semestre del año 2025".

El diseño metodológico considera la participación de los profesionales de salud que se desempeñan en el Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío.

Una vez aprobado en los respectivos CEC, el procedimiento implicará primero, la solicitud de permiso para la ejecución al director/a de CESFAM. Posterior a su aprobación, se solicitará una reunión grupal o personal de acuerdo con la disponibilidad de los profesionales de salud del Programa de CPU. En esta se les invitará a participar de manera libre y voluntaria. Se les explicará la investigación, el objetivo del estudio e importancia de su participación y colaboración. Posteriormente a los participantes interesados se les hará entrega del consentimiento informado, e instrumento de investigación.

Cabe destacar, que en todo momento se procurará un lugar que sea cómodo y privado, el cual mantenga la confidencialidad, privacidad y tranquilidad.

La autorización final de la ejecución de este proyecto estará condicionada a su carta de apoyo o respaldo (la cual se adjunta a este correo), a la posterior evaluación del Comité de Ética respectivo, y a la aplicación del proceso de consentimiento informado.

Adicionalmente, informo que esta carta de apoyo es necesaria para que el proyecto sea evaluado por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, y Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.

Se adjuntan los siguientes documentos:

- -Resumen del proyecto de tesis.
- -Instrumento Recolector de Datos.
- -Modelo de documento de consentimiento informado.
- **-Carta de respaldo (en caso de tener su autorización se debe reenviar carta a correo de investigadora responsable).**

Sin otro particular, me despido agradeciendo su consideración.

Atentamente,

María José Cuadra Villa
Investigadora Responsable

SOLICITUD DE APOYO PARA REALIZACION DE INVESTIGACION EN CESFAM SAN PEDRO DE LA COSTA

Desde María José Cuadra Villa <mcuadra2016@udec.cl>

Fecha Mié 18/06/2025 17:02

Para jmunoz <jmunoz@dasspp.cl>

 4 archivos adjuntos (2 MB)

INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS.pdf; CARTA-RESPALDO.docx; RESUMEN PROYECTO DE TESIS.pdf; Consentimiento Informado VRID.pdf;

Estimada Directora Jeanny Muñoz López

Directora Centro de Salud Familiar San Pedro de la Costa

Presente.

Ref.: Solicita apoyo en investigación.

De mi consideración:

Junto con saludar atentamente, me presento como investigadora responsable del proyecto titulado "Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos", desarrollado en el contexto del programa de Magíster de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y solicito a Ud. apoyo para la ejecución de esta investigación en el establecimiento que dirige, y que se realizará sólo, posterior a la aprobación de los Comités de Ética Científicos (CEC) correspondientes.

El objetivo principal de la investigación es "Evaluar el afrontamiento ante la muerte y su asociación con la calidad de vida profesional, estimando las diferencias según los factores biosociodemográficos y laborales de los profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales (CPU) de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, durante el primer semestre del año 2025".

El diseño metodológico considera la participación de los profesionales de salud que se desempeñan en el Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío.

Una vez aprobado en los respectivos CEC, el procedimiento implicará primero, la solicitud de permiso para la ejecución al director/a de CESFAM. Posterior a su aprobación, se solicitará una reunión grupal o personal de acuerdo con la disponibilidad de los profesionales de salud del Programa de CPU. En esta se les invitará a participar de manera libre y voluntaria. Se les explicará la investigación, el objetivo del estudio e importancia de su participación y colaboración. Posteriormente a los participantes interesados se les hará entrega del consentimiento informado, e instrumento de investigación.

Cabe destacar, que en todo momento se procurará un lugar que sea cómodo y privado, el cual mantenga la confidencialidad, privacidad y tranquilidad.

La autorización final de la ejecución de este proyecto estará condicionada a su carta de apoyo o respaldo (la cual se adjunta a este correo), a la posterior evaluación del Comité de Ética respectivo, y a la aplicación del proceso de consentimiento informado.

Adicionalmente, informo que esta carta de apoyo es necesaria para que el proyecto sea evaluado por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, y Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.

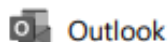
Se adjuntan los siguientes documentos:

- -Resumen del proyecto de tesis.
- -Instrumento Recolector de Datos.
- -Modelo de documento de consentimiento informado.
- **-Carta de respaldo (en caso de tener su autorización se debe reenviar carta a correo de investigadora responsable).**

Sin otro particular, me despido agradeciendo su consideración.

Atentamente,

María José Cuadra Villa
Investigadora Responsable



SOLICITUD DE APOYO PARA REALIZACION DE INVESTIGACION EN CESFAM LOMA COLORADA

Desde María José Cuadra Villa <mcuadra2016@udec.cl>

Fecha Jue 19/06/2025 11:56

Para pabad@dasspp.cl <pabad@dasspp.cl>

 4 archivos adjuntos (2 MB)

CARTA-RESPALDO-JEFE-DE-SERVICIO-O-SITIO-DE-INVESTIGACION.docx; Consentimiento Informado.pdf; INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS.pdf; RESUMEN PROYECTO DE TESIS.pdf;

Estimada Directora Pamela Abad Lobo

Directora Centro de Salud Familiar Loma Colorada

Presente.

Ref.: Solicita apoyo en investigación.

De mi consideración:

Junto con saludar atentamente, me presento como investigadora responsable del proyecto titulado "Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos", desarrollado en el contexto del programa de Magíster de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y solicito a Ud. apoyo para la ejecución de esta investigación en el establecimiento que dirige, y que se realizará sólo, posterior a la aprobación de los Comités de Ética Científicos (CEC) correspondientes.

El objetivo principal de la investigación es "Evaluar el afrontamiento ante la muerte y su asociación con la calidad de vida profesional, estimando las diferencias según los factores biosociodemográficos y laborales de los profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales (CPU) de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, durante el primer semestre del año 2025".

El diseño metodológico considera la participación de los profesionales de salud que se desempeñan en el Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío.

Una vez aprobado en los respectivos CEC, el procedimiento implicará primero, la solicitud de permiso para la ejecución al director/a de CESFAM. Posterior a su aprobación, se solicitará una reunión grupal o personal de acuerdo con la disponibilidad de los profesionales de salud del Programa de CPU. En esta se les invitará a participar de manera libre y voluntaria. Se les explicará la investigación, el objetivo del estudio e importancia de su participación y colaboración. Posteriormente a los participantes interesados se les hará entrega del consentimiento informado, e instrumento de investigación.

Cabe destacar, que en todo momento se procurará un lugar que sea cómodo y privado, el cual mantenga la confidencialidad, privacidad y tranquilidad.

La autorización final de la ejecución de este proyecto estará condicionada a su carta de apoyo o respaldo (la cual se adjunta a este correo), a la posterior evaluación del Comité de Ética respectivo, y a la aplicación del proceso de consentimiento informado.

Adicionalmente, informo que esta carta de apoyo es necesaria para que el proyecto sea evaluado por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, y Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.

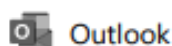
Se adjuntan los siguientes documentos:

- -Resumen del proyecto de tesis.
- -Instrumento Recolector de Datos.
- -Modelo de documento de consentimiento informado.
- **-Carta de respaldo (en caso de tener su autorización se debe reenviar carta a correo de investigadora responsable).**

Sin otro particular, me despido agradeciendo su consideración.

Atentamente,

María José Cuadra Villa
Investigadora Responsable



SOLICITUD DE APOYO PARA REALIZACION DE INVESTIGACION EN CESFAM BOCA SUR

Desde María José Cuadra Villa <mcuadra2016@udec.cl>

Fecha Jue 19/06/2025 11:30

Para mdelvalle@dasspp.cl <mdelvalle@dasspp.cl>

 4 archivos adjuntos (2 MB)

INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS.pdf; CARTA-RESPALDO.docx; RESUMEN PROYECTO DE TESIS.pdf; Consentimiento Informado VRID.pdf;

Estimada Directora María Ruth Del Valle

Directora Centro de Salud Familiar Boca Sur

Presente.

Ref.: Solicita apoyo en investigación.

De mi consideración:

Junto con saludar atentamente, me presento como investigadora responsable del proyecto titulado "Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos", desarrollado en el contexto del programa de Magíster de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y solicito a Ud. apoyo para la ejecución de esta investigación en el establecimiento que dirige, y que se realizará sólo, posterior a la aprobación de los Comités de Ética Científicos (CEC) correspondientes.

El objetivo principal de la investigación es "Evaluar el afrontamiento ante la muerte y su asociación con la calidad de vida profesional, estimando las diferencias según los factores biosociodemográficos y laborales de los profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales (CPU) de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, durante el primer semestre del año 2025".

El diseño metodológico considera la participación de los profesionales de salud que se desempeñan en el Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío.

Una vez aprobado en los respectivos CEC, el procedimiento implicará primero, la solicitud de permiso para la ejecución al director/a de CESFAM. Posterior a su aprobación, se solicitará una reunión grupal o personal de acuerdo con la disponibilidad de los profesionales de salud del Programa de CPU. En esta se les invitará a participar de manera libre y voluntaria. Se les explicará la investigación, el objetivo del estudio e importancia de su participación y colaboración. Posteriormente a los participantes interesados se les hará entrega del consentimiento informado, e instrumento de investigación.

Cabe destacar, que en todo momento se procurará un lugar que sea cómodo y privado, el cual mantenga la confidencialidad, privacidad y tranquilidad.

La autorización final de la ejecución de este proyecto estará condicionada a su carta de apoyo o respaldo (la cual se adjunta a este correo), a la posterior evaluación del Comité de Ética respectivo, y a la aplicación del proceso de consentimiento informado.

Adicionalmente, informo que esta carta de apoyo es necesaria para que el proyecto sea evaluado por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, y Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.

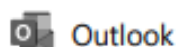
Se adjuntan los siguientes documentos:

- -Resumen del proyecto de tesis.
- -Instrumento Recolector de Datos.
- -Modelo de documento de consentimiento informado.
- **-Carta de respaldo (en caso de tener su autorización se debe reenviar carta a correo de investigadora responsable).**

Sin otro particular, me despido agradeciendo su consideración.

Atentamente,

María José Cuadra Villa
Investigadora Responsable



SOLICITUD DE APOYO PARA REALIZACION DE INVESTIGACION EN CESFAM VALLE LA PIEDRA

Desde María José Cuadra Villa <mcuadra2016@udec.cl>

Fecha Lun 19/05/2025 12:28

Para direccion.vallelapiedra@daschiguayante.cl <direccion.vallelapiedra@daschiguayante.cl>

 4 archivos adjuntos (2 MB)

INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS.pdf; CARTA-RESPALDO.docx; RESUMEN PROYECTO DE TESIS.pdf; Consentimiento Informado VRID.pdf;

Estimada Directora PS. M. CHRISTEL SCHWEITZER CADEGAN

Directora Centro de Salud Familiar Valle la Piedra

Presente.

Ref.: Solicita apoyo en investigación.

De mi consideración:

Junto con saludar atentamente, me presento como investigadora responsable del proyecto titulado "Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos", desarrollado en el contexto del programa de Magíster de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y solicito a Ud. apoyo para la ejecución de esta investigación en el establecimiento que dirige, y que se realizará sólo, posterior a la aprobación de los Comités de Ética Científicos (CEC) correspondientes.

El objetivo principal de la investigación es "Evaluar el afrontamiento ante la muerte y su asociación con la calidad de vida profesional, estimando las diferencias según los factores biosociodemográficos y laborales de los profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales (CPU) de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, durante el primer semestre del año 2025".

El diseño metodológico considera la participación de los profesionales de salud que se desempeñan en el Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío.

Una vez aprobado en los respectivos CEC, el procedimiento implicará primero, la solicitud de permiso para la ejecución al director/a de CESFAM. Posterior a su aprobación, se solicitará una reunión grupal o personal de acuerdo con la disponibilidad de los profesionales de salud del Programa de CPU. En esta se les invitará a participar de manera libre y voluntaria. Se les explicará la investigación, el objetivo del estudio e importancia de su participación y colaboración. Posteriormente a los participantes interesados se les hará entrega del consentimiento informado, e instrumento de investigación.

Cabe destacar, que en todo momento se procurará un lugar que sea cómodo y privado, el cual mantenga la confidencialidad, privacidad y tranquilidad.

La autorización final de la ejecución de este proyecto estará condicionada a su carta de apoyo o respaldo (la cual se adjunta a este correo), a la posterior evaluación del Comité de Ética respectivo, y a la aplicación del proceso de consentimiento informado.

Adicionalmente, informo que esta carta de apoyo es necesaria para que el proyecto sea evaluado por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, y Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.

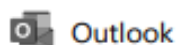
Se adjuntan los siguientes documentos:

- -Resumen del proyecto de tesis.
- -Instrumento Recolector de Datos.
- -Modelo de documento de consentimiento informado.
- **-Carta de respaldo (en caso de tener su autorización se debe reenviar carta a correo de investigadora responsable).**

Sin otro particular, me despido agradeciendo su consideración.

Atentamente,

María José Cuadra Villa
Investigadora Responsable



SOLICITUD DE APOYO PARA REALIZACION DE INVESTIGACION EN CESFAM LEONERA

Desde María José Cuadra Villa <mcuadra2016@udec.cl>

Fecha Mié 18/06/2025 17:17

Para direccion.leonera@daschiguayante.cl <direccion.leonera@daschiguayante.cl>

 4 archivos adjuntos (2 MB)

CARTA-RESPALDO-JEFE-DE-SERVICIO-O-SITIO-DE-INVESTIGACION.docx; Consentimiento Informado.pdf; INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS.pdf; RESUMEN PROYECTO DE TESIS.pdf;

Estimada Directora Maricel Peña

Directora Centro de Salud Familiar Leonera

Presente.

Ref.: Solicita apoyo en investigación.

De mi consideración:

Junto con saludar atentamente, me presento como investigadora responsable del proyecto titulado "Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos", desarrollado en el contexto del programa de Magíster de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y solicito a Ud. apoyo para la ejecución de esta investigación en el establecimiento que dirige, y que se realizará sólo, posterior a la aprobación de los Comités de Ética Científicos (CEC) correspondientes.

El objetivo principal de la investigación es "Evaluar el afrontamiento ante la muerte y su asociación con la calidad de vida profesional, estimando las diferencias según los factores biosociodemográficos y laborales de los profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales (CPU) de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, durante el primer semestre del año 2025".

El diseño metodológico considera la participación de los profesionales de salud que se desempeñan en el Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío.

Una vez aprobado en los respectivos CEC, el procedimiento implicará primero, la solicitud de permiso para la ejecución al director/a de CESFAM. Posterior a su aprobación, se solicitará una reunión grupal o personal de acuerdo con la disponibilidad de los profesionales de salud del Programa de CPU. En esta se les invitará a participar de manera libre y voluntaria. Se les explicará la investigación, el objetivo del estudio e importancia de su participación y colaboración. Posteriormente a los participantes interesados se les hará entrega del consentimiento informado, e instrumento de investigación.

Cabe destacar, que en todo momento se procurará un lugar que sea cómodo y privado, el cual mantenga la confidencialidad, privacidad y tranquilidad.

La autorización final de la ejecución de este proyecto estará condicionada a su carta de apoyo o respaldo (la cual se adjunta a este correo), a la posterior evaluación del Comité de Ética respectivo, y a la aplicación del proceso de consentimiento informado.

Adicionalmente, informo que esta carta de apoyo es necesaria para que el proyecto sea evaluado por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, y Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.

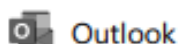
Se adjuntan los siguientes documentos:

- -Resumen del proyecto de tesis.
- -Instrumento Recolector de Datos.
- -Modelo de documento de consentimiento informado.
- **-Carta de respaldo (en caso de tener su autorización se debe reenviar carta a correo de investigadora responsable).**

Sin otro particular, me despido agradeciendo su consideración.

Atentamente,

María José Cuadra Villa
Investigadora Responsable



SOLICITUD DE APOYO PARA REALIZACION DE INVESTIGACION EN CESFAM PINARES

Desde María José Cuadra Villa <mcuadra2016@udec.cl>

Fecha Mar 29/04/2025 8:00

Para direccion.pinares@daschiguayante.cl <direccion.pinares@daschiguayante.cl>

 4 archivos adjuntos (2 MB)

CARTA-RESPALDO-JEFE-DE-SERVICIO-O-SITIO-DE-INVESTIGACION.docx; Consentimiento Informado.pdf; INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS.pdf; RESUMEN PROYECTO DE TESIS.pdf;

Estimada Directora Belkis Contreras Beltrán

Directora Centro de Salud Familiar Pinares

Presente.

Ref.: Solicita apoyo en investigación.

De mi consideración:

Junto con saludar atentamente, me presento como investigadora responsable del proyecto titulado "Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos", desarrollado en el contexto del programa de Magíster de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y solicito a Ud. apoyo para la ejecución de esta investigación en el establecimiento que dirige, y que se realizará sólo, posterior a la aprobación de los Comités de Ética Científicos (CEC) correspondientes.

El objetivo principal de la investigación es "Evaluar el afrontamiento ante la muerte y su asociación con la calidad de vida profesional, estimando las diferencias según los factores biosociodemográficos y laborales de los profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales (CPU) de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, durante el primer semestre del año 2025".

El diseño metodológico considera la participación de los profesionales de salud que se desempeñan en el Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío.

Una vez aprobado en los respectivos CEC, el procedimiento implicará primero, la solicitud de permiso para la ejecución al director/a de CESFAM. Posterior a su aprobación, se solicitará una reunión grupal o personal de acuerdo con la disponibilidad de los profesionales de salud del Programa de CPU. En esta se les invitará a participar de manera libre y voluntaria. Se les explicará la investigación, el objetivo del estudio e importancia de su participación y colaboración. Posteriormente a los participantes interesados se les hará entrega del consentimiento informado, e instrumento de investigación.

Cabe destacar, que en todo momento se procurará un lugar que sea cómodo y privado, el cual mantenga la confidencialidad, privacidad y tranquilidad.

La autorización final de la ejecución de este proyecto estará condicionada a su carta de apoyo o respaldo (la cual se adjunta a este correo), a la posterior evaluación del Comité de Ética respectivo, y a la aplicación del proceso de consentimiento informado.

Adicionalmente, informo que esta carta de apoyo es necesaria para que el proyecto sea evaluado por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, y Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.

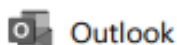
Se adjuntan los siguientes documentos:

- -Resumen del proyecto de tesis.
- -Instrumento Recolector de Datos.
- -Modelo de documento de consentimiento informado.
- **-Carta de respaldo (en caso de tener su autorización se debe reenviar carta a correo de investigadora responsable).**

Sin otro particular, me despido agradeciendo su consideración.

Atentamente,

María José Cuadra Villa
Investigadora Responsable



SOLICITUD DE APOYO PARA REALIZACION DE INVESTIGACION EN CESFAM HUALQUI

Desde María José Cuadra Villa <mcuadra2016@udec.cl>

Fecha Jue 19/06/2025 16:37

Para dashualqui.cesfam@gmail.com <dashualqui.cesfam@gmail.com>

 4 archivos adjuntos (2 MB)

CARTA-RESPALDO-JEFE-DE-SERVICIO-O-SITIO-DE-INVESTIGACION.docx; RESUMEN PROYECTO DE TESIS.pdf; Consentimiento Informado.pdf; INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS.pdf;

Estimado Director César Miranda Vergara

Director Centro de Salud Familiar Hualqui

Presente.

Ref.: Solicita apoyo en investigación.

De mi consideración:

Junto con saludar atentamente, me presento como investigadora responsable del proyecto titulado "Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos", desarrollado en el contexto del programa de Magíster de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y solicito a Ud. apoyo para la ejecución de esta investigación en el establecimiento que dirige, y que se realizará sólo, posterior a la aprobación de los Comités de Ética Científicos (CEC) correspondientes.

El objetivo principal de la investigación es "Evaluar el afrontamiento ante la muerte y su asociación con la calidad de vida profesional, estimando las diferencias según los factores biosociodemográficos y laborales de los profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales (CPU) de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, durante el primer semestre del año 2025".

El diseño metodológico considera la participación de los profesionales de salud que se desempeñan en el Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío.

Una vez aprobado en los respectivos CEC, el procedimiento implicará primero, la solicitud de permiso para la ejecución al director/a de CESFAM. Posterior a su aprobación, se solicitará una reunión grupal o personal de acuerdo con la disponibilidad de los profesionales de salud del Programa de CPU. En esta se les invitará a participar de manera libre y voluntaria. Se les explicará la investigación, el objetivo del estudio e importancia de su participación y colaboración. Posteriormente a los participantes interesados se les hará entrega del consentimiento informado, e instrumento de investigación.

Cabe destacar, que en todo momento se procurará un lugar que sea cómodo y privado, el cual mantenga la confidencialidad, privacidad y tranquilidad.

La autorización final de la ejecución de este proyecto estará condicionada a su carta de apoyo o respaldo (la cual se adjunta a este correo), a la posterior evaluación del Comité de Ética respectivo, y a la aplicación del proceso de consentimiento informado.

Adicionalmente, informo que esta carta de apoyo es necesaria para que el proyecto sea evaluado por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, y Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.

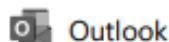
Se adjuntan los siguientes documentos:

- -Resumen del proyecto de tesis.
- -Instrumento Recolector de Datos.
- -Modelo de documento de consentimiento informado.
- **-Carta de respaldo (en caso de tener su autorización se debe reenviar carta a correo de investigadora responsable).**

Sin otro particular, me despido agradeciendo su consideración.

Atentamente,

María José Cuadra Villa
Investigadora Responsable



SOLICITUD DE APOYO PARA REALIZACION DE INVESTIGACION EN CESFAM CARLOS PINTO FIERRO

Desde María José Cuadra Villa <mcuadra2016@udec.cl>

Fecha Mié 18/06/2025 17:41

Para direccioncesfamcpf@dascoronel.cl <direccioncesfamcpf@dascoronel.cl>

 4 archivos adjuntos (2 MB)

CARTA-RESPALDO-JEFE-DE-SERVICIO-O-SITIO-DE-INVESTIGACION.docx; RESUMEN PROYECTO DE TESIS.pdf; Consentimiento Informado.pdf; INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS.pdf;

Estimada Directora Joselyn Gatica Vallejos

Directora Centro de Salud Familiar Carlos Pinto Fierro

Presente.

Ref.: Solicita apoyo en investigación.

De mi consideración:

Junto con saludar atentamente, me presento como investigadora responsable del proyecto titulado "Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos", desarrollado en el contexto del programa de Magíster de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y solicito a Ud. apoyo para la ejecución de esta investigación en el establecimiento que dirige, y que se realizará sólo, posterior a la aprobación de los Comités de Ética Científicos (CEC) correspondientes.

El objetivo principal de la investigación es "Evaluar el afrontamiento ante la muerte y su asociación con la calidad de vida profesional, estimando las diferencias según los factores biosociodemográficos y laborales de los profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales (CPU) de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, durante el primer semestre del año 2025".

El diseño metodológico considera la participación de los profesionales de salud que se desempeñan en el Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío.

Una vez aprobado en los respectivos CEC, el procedimiento implicará primero, la solicitud de permiso para la ejecución al director/a de CESFAM. Posterior a su aprobación, se solicitará una reunión grupal o personal de acuerdo con la disponibilidad de los profesionales de salud del Programa de CPU. En esta se les invitará a participar de manera libre y voluntaria. Se les explicará la investigación, el objetivo del estudio e importancia de su participación y colaboración. Posteriormente a los participantes interesados se les hará entrega del consentimiento informado, e instrumento de investigación.

Cabe destacar, que en todo momento se procurará un lugar que sea cómodo y privado, el cual mantenga la confidencialidad, privacidad y tranquilidad.

La autorización final de la ejecución de este proyecto estará condicionada a su carta de apoyo o respaldo (la cual se adjunta a este correo), a la posterior evaluación del Comité de Ética respectivo, y a la aplicación del proceso de consentimiento informado.

Adicionalmente, informo que esta carta de apoyo es necesaria para que el proyecto sea evaluado por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, y Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.

Se adjuntan los siguientes documentos:

- -Resumen del proyecto de tesis.
- -Instrumento Recolector de Datos.
- -Modelo de documento de consentimiento informado.
- **-Carta de respaldo (en caso de tener su autorización se debe reenviar carta a correo de investigadora responsable).**

Sin otro particular, me despido agradeciendo su consideración.

Atentamente,

María José Cuadra Villa
Investigadora Responsable

SOLICITUD DE APOYO PARA REALIZACION DE INVESTIGACION EN CESFAM LAGUNILLAS

Desde María José Cuadra Villa <mcuadra2016@udec.cl>

Fecha Vie 04/07/2025 11:07

Para direccioncesfamlagunillas@dascoronel.cl <direccioncesfamlagunillas@dascoronel.cl>

 4 archivos adjuntos (2 MB)

CARTA-RESPALDO-JEFE-DE-SERVICIO-O-SITIO-DE-INVESTIGACION.docx; RESUMEN PROYECTO DE TESIS.pdf; Consentimiento Informado.pdf; INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS.pdf;

Estimada Directora Marilyn Fernández

Directora Centro de Salud Familiar Lagunillas

Presente.

Ref.: Solicita apoyo en investigación.

De mi consideración:

Junto con saludar atentamente, me presento como investigadora responsable del proyecto titulado "Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos", desarrollado en el contexto del programa de Magíster de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y solicito a Ud. apoyo para la ejecución de esta investigación en el establecimiento que dirige, y que se realizará sólo, posterior a la aprobación de los Comités de Ética Científicos (CEC) correspondientes.

El objetivo principal de la investigación es "Evaluar el afrontamiento ante la muerte y su asociación con la calidad de vida profesional, estimando las diferencias según los factores biosociodemográficos y laborales de los profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales (CPU) de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, durante el primer semestre del año 2025".

El diseño metodológico considera la participación de los profesionales de salud que se desempeñan en el Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío.

Una vez aprobado en los respectivos CEC, el procedimiento implicará primero, la solicitud de permiso para la ejecución al director/a de CESFAM. Posterior a su aprobación, se solicitará una reunión grupal o personal de acuerdo con la disponibilidad de los profesionales de salud del Programa de CPU. En esta se les invitará a participar de manera libre y voluntaria. Se les explicará la investigación, el objetivo del estudio e importancia de su participación y colaboración. Posteriormente a los participantes interesados se les hará entrega del consentimiento informado, e instrumento de investigación.

Cabe destacar, que en todo momento se procurará un lugar que sea cómodo y privado, el cual mantenga la confidencialidad, privacidad y tranquilidad.

La autorización final de la ejecución de este proyecto estará condicionada a su carta de apoyo o respaldo (la cual se adjunta a este correo), a la posterior evaluación del Comité de Ética respectivo, y a la aplicación del proceso de consentimiento informado.

Adicionalmente, informo que esta carta de apoyo es necesaria para que el proyecto sea evaluado por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, y Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.

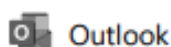
Se adjuntan los siguientes documentos:

- -Resumen del proyecto de tesis.
- -Instrumento Recolector de Datos.
- -Modelo de documento de consentimiento informado.
- **-Carta de respaldo (en caso de tener su autorización se debe reenviar carta a correo de investigadora responsable).**

Sin otro particular, me despido agradeciendo su consideración.

Atentamente,

María José Cuadra Villa
Investigadora Responsable



SOLICITUD DE APOYO PARA REALIZACION DE INVESTIGACION EN CESFAM YOBILLO

Desde María José Cuadra Villa <mcuadra2016@udec.cl>

Fecha Vie 04/07/2025 11:05

Para direccioncesfamyobilo@dascoronel.cl <direccioncesfamyobilo@dascoronel.cl>

 4 archivos adjuntos (2 MB)

CARTA-RESPALDO-JEFE-DE-SERVICIO-O-SITIO-DE-INVESTIGACION.docx; RESUMEN PROYECTO DE TESIS.pdf; Consentimiento Informado.pdf; INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS.pdf;

Estimado Director Marcos Orellana Constanzo

Director Centro de Salud Familiar Yobilo

Presente.

Ref.: Solicita apoyo en investigación.

De mi consideración:

Junto con saludar atentamente, me presento como investigadora responsable del proyecto titulado "Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos", desarrollado en el contexto del programa de Magíster de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y solicito a Ud. apoyo para la ejecución de esta investigación en el establecimiento que dirige, y que se realizará sólo, posterior a la aprobación de los Comités de Ética Científicos (CEC) correspondientes.

El objetivo principal de la investigación es "Evaluar el afrontamiento ante la muerte y su asociación con la calidad de vida profesional, estimando las diferencias según los factores biosociodemográficos y laborales de los profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales (CPU) de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, durante el primer semestre del año 2025".

El diseño metodológico considera la participación de los profesionales de salud que se desempeñan en el Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío.

Una vez aprobado en los respectivos CEC, el procedimiento implicará primero, la solicitud de permiso para la ejecución al director/a de CESFAM. Posterior a su aprobación, se solicitará una reunión grupal o personal de acuerdo con la disponibilidad de los profesionales de salud del Programa de CPU. En esta se les invitará a participar de manera libre y voluntaria. Se les explicará la investigación, el objetivo del estudio e importancia de su participación y colaboración. Posteriormente a los participantes interesados se les hará entrega del consentimiento informado, e instrumento de investigación.

Cabe destacar, que en todo momento se procurará un lugar que sea cómodo y privado, el cual mantenga la confidencialidad, privacidad y tranquilidad.

La autorización final de la ejecución de este proyecto estará condicionada a su carta de apoyo o respaldo (la cual se adjunta a este correo), a la posterior evaluación del Comité de Ética respectivo, y a la aplicación del proceso de consentimiento informado.

Adicionalmente, informo que esta carta de apoyo es necesaria para que el proyecto sea evaluado por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, y Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.

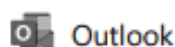
Se adjuntan los siguientes documentos:

- -Resumen del proyecto de tesis.
- -Instrumento Recolector de Datos.
- -Modelo de documento de consentimiento informado.
- **-Carta de respaldo (en caso de tener su autorización se debe reenviar carta a correo de investigadora responsable).**

Sin otro particular, me despido agradeciendo su consideración.

Atentamente,

María José Cuadra Villa
Investigadora Responsable



SOLICITUD DE APOYO PARA REALIZACION DE INVESTIGACION EN CESFAM DR. JUAN CARTES ARIAS

Desde María José Cuadra Villa <mcuadra2016@udec.cl>

Fecha Jue 19/06/2025 13:45

Para mariano.silva@daslota.cl <mariano.silva@daslota.cl>

 4 archivos adjuntos (2 MB)

CARTA-RESPALDO-JEFE-DE-SERVICIO-O-SITIO-DE-INVESTIGACION.docx; RESUMEN PROYECTO DE TESIS.pdf; Consentimiento Informado.pdf; INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS.pdf;

Estimado Director Mariano Silva Salgado

Director Centro de Salud Familiar Dr. Juan Cartes Arias

Presente.

Ref.: Solicita apoyo en investigación.

De mi consideración:

Junto con saludar atentamente, me presento como investigadora responsable del proyecto titulado "Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos", desarrollado en el contexto del programa de Magíster de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y solicito a Ud. apoyo para la ejecución de esta investigación en el establecimiento que dirige, y que se realizará sólo, posterior a la aprobación de los Comités de Ética Científicos (CEC) correspondientes.

El objetivo principal de la investigación es "Evaluar el afrontamiento ante la muerte y su asociación con la calidad de vida profesional, estimando las diferencias según los factores biosociodemográficos y laborales de los profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales (CPU) de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, durante el primer semestre del año 2025".

El diseño metodológico considera la participación de los profesionales de salud que se desempeñan en el Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío.

Una vez aprobado en los respectivos CEC, el procedimiento implicará primero, la solicitud de permiso para la ejecución al director/a de CESFAM. Posterior a su aprobación, se solicitará una reunión grupal o personal de acuerdo con la disponibilidad de los profesionales de salud del Programa de CPU. En esta se les invitará a participar de manera libre y voluntaria. Se les explicará la investigación, el objetivo del estudio e importancia de su participación y colaboración. Posteriormente a los participantes interesados se les hará entrega del consentimiento informado, e instrumento de investigación.

Cabe destacar, que en todo momento se procurará un lugar que sea cómodo y privado, el cual mantenga la confidencialidad, privacidad y tranquilidad.

La autorización final de la ejecución de este proyecto estará condicionada a su carta de apoyo o respaldo (la cual se adjunta a este correo), a la posterior evaluación del Comité de Ética respectivo, y a la aplicación del proceso de consentimiento informado.

Adicionalmente, informo que esta carta de apoyo es necesaria para que el proyecto sea evaluado por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, y Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.

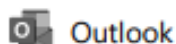
Se adjuntan los siguientes documentos:

- -Resumen del proyecto de tesis.
- -Instrumento Recolector de Datos.
- -Modelo de documento de consentimiento informado.
- **-Carta de respaldo (en caso de tener su autorización se debe reenviar carta a correo de investigadora responsable).**

Sin otro particular, me despido agradeciendo su consideración.

Atentamente,

María José Cuadra Villa
Investigadora Responsable



SOLICITUD DE APOYO PARA REALIZACION DE INVESTIGACION EN CESFAM SERGIO LAGOS OLAVE

Desde María José Cuadra Villa <mcuadra2016@udec.cl>

Fecha Jue 19/06/2025 16:17

Para rodrigo.gavilan@daslota.cl <rodrigo.gavilan@daslota.cl>

 4 archivos adjuntos (2 MB)

CARTA-RESPALDO-JEFE-DE-SERVICIO-O-SITIO-DE-INVESTIGACION.docx; RESUMEN PROYECTO DE TESIS.pdf; Consentimiento Informado.pdf; INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS.pdf;

Estimado Director Rodrigo Gavilán Casanova

Director Centro de Salud Familiar Sergio Lagos Olave

Presente.

Ref.: Solicita apoyo en investigación.

De mi consideración:

Junto con saludar atentamente, me presento como investigadora responsable del proyecto titulado "Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos", desarrollado en el contexto del programa de Magíster de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y solicito a Ud. apoyo para la ejecución de esta investigación en el establecimiento que dirige, y que se realizará sólo, posterior a la aprobación de los Comités de Ética Científicos (CEC) correspondientes.

El objetivo principal de la investigación es "Evaluar el afrontamiento ante la muerte y su asociación con la calidad de vida profesional, estimando las diferencias según los factores biosociodemográficos y laborales de los profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales (CPU) de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, durante el primer semestre del año 2025".

El diseño metodológico considera la participación de los profesionales de salud que se desempeñan en el Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío.

Una vez aprobado en los respectivos CEC, el procedimiento implicará primero, la solicitud de permiso para la ejecución al director/a de CESFAM. Posterior a su aprobación, se solicitará una reunión grupal o personal de acuerdo con la disponibilidad de los profesionales de salud del Programa de CPU. En esta se les invitará a participar de manera libre y voluntaria. Se les explicará la investigación, el objetivo del estudio e importancia de su participación y colaboración. Posteriormente a los participantes interesados se les hará entrega del consentimiento informado, e instrumento de investigación.

Cabe destacar, que en todo momento se procurará un lugar que sea cómodo y privado, el cual mantenga la confidencialidad, privacidad y tranquilidad.

La autorización final de la ejecución de este proyecto estará condicionada a su carta de apoyo o respaldo (la cual se adjunta a este correo), a la posterior evaluación del Comité de Ética respectivo, y a la aplicación del proceso de consentimiento informado.

Adicionalmente, informo que esta carta de apoyo es necesaria para que el proyecto sea evaluado por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, y Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.

Se adjuntan los siguientes documentos:

- -Resumen del proyecto de tesis.
- -Instrumento Recolector de Datos.
- -Modelo de documento de consentimiento informado.
- **-Carta de respaldo (en caso de tener su autorización se debe reenviar carta a correo de investigadora responsable).**

Sin otro particular, me despido agradeciendo su consideración.

Atentamente,

María José Cuadra Villa
Investigadora Responsable



SOLICITUD DE APOYO PARA REALIZACIÓN DE INVESTIGACION EN CESFAM DE SANTA JUANA

Desde María José Cuadra Villa <mocuadra2016@udec.cl>

Fecha Vie 06/06/2025 13:36

Para mxsoto@gmail.com <mxsoto@gmail.com>; xsoto@santajuana.cl <xsoto@santajuana.cl>

 4 archivos adjuntos (2 MB)

CARTA-RESPALDO.docx; INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS.pdf; RESUMEN PROYECTO DE TESIS.pdf; Consentimiento Informado VRID.pdf;

Estimada Directora María Ximena Soto Olea
Directora Dirección de Administración de Salud (DAS)
Municipalidad de Santa Juana

Presente.

Ref.: Solicita apoyo en investigación.

De mi consideración:

Junto con saludar atentamente, me presento como investigadora responsable del proyecto titulado "Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos", desarrollado en el contexto del programa de Magíster de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y solicito a Ud. apoyo para la ejecución de esta investigación en los establecimientos que dirige, y que se realizará sólo, posterior a la aprobación de los Comités de Ética Científicos (CEC) correspondientes.

El objetivo principal de la investigación es "Evaluar el afrontamiento ante la muerte y su asociación con la calidad de vida profesional, estimando las diferencias según los factores biosociodemográficos y laborales de los profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales (CPU) de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, durante el primer semestre del año 2025".

El diseño metodológico considera la participación de los profesionales de salud que se desempeñan en el Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío.

Una vez aprobado en los respectivos CEC, el procedimiento implicará primero, la solicitud de permiso para la ejecución al director/a de la DAS de los CESFAM adheridos. Posterior a su aprobación, se solicitará una reunión grupal o personal de acuerdo con la disponibilidad de los profesionales de salud del Programa de CPU. En esta se les invitará a participar de manera libre y voluntaria. Se les explicará la investigación, el objetivo del estudio e importancia de su participación y colaboración. Posteriormente a los participantes interesados se les hará entrega del consentimiento informado, e instrumento de investigación.

Cabe destacar, que en todo momento se procurará un lugar que sea cómodo y privado, el cual mantenga la confidencialidad, privacidad y tranquilidad.

La autorización final de la ejecución de este proyecto estará condicionada a su carta de apoyo o respaldo (la cual se adjunta a este correo), a la posterior evaluación del Comité de Ética respectivo, y a la aplicación del proceso de consentimiento informado.

Adicionalmente, informo que esta carta de apoyo es necesaria para que el proyecto sea evaluado por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, y Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.

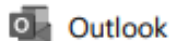
Se adjuntan los siguientes documentos:

- -Resumen del proyecto de tesis.
- -Instrumento Recolector de Datos.
- -Modelo de documento de consentimiento informado.
- **-Carta de respaldo (en caso de tener su autorización se debe reenviar carta a correo de investigadora responsable).**

Sin otro particular, me despido agradeciendo su consideración.

Atentamente,

María José Cuadra Villa
Investigadora Responsable



SOLICITUD DE APOYO PARA REALIZACION DE INVESTIGACION EN CESFAM FLORIDA

Desde María José Cuadra Villa <mcuadra2016@udec.cl>

Fecha Mié 18/06/2025 17:55

Para direcciondas@muniflorida.cl <direcciondas@muniflorida.cl>

 4 archivos adjuntos (2 MB)

CARTA-RESPALDO.docx; INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS.pdf; RESUMEN PROYECTO DE TESIS.pdf; INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS.pdf;

Estimada Directora Elizabeth González Brito
Directora Dirección de Administración de Salud (DAS)
Municipalidad de Florida

Presente.

Ref.: Solicita apoyo en investigación.

De mi consideración:

Junto con saludar atentamente, me presento como investigadora responsable del proyecto titulado "Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos", desarrollado en el contexto del programa de Magíster de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y solicito a Ud. apoyo para la ejecución de esta investigación en los establecimientos que dirige, y que se realizará sólo, posterior a la aprobación de los Comités de Ética Científicos (CEC) correspondientes.

El objetivo principal de la investigación es "Evaluar el afrontamiento ante la muerte y su asociación con la calidad de vida profesional, estimando las diferencias según los factores biosociodemográficos y laborales de los profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales (CPU) de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, durante el primer semestre del año 2025".

El diseño metodológico considera la participación de los profesionales de salud que se desempeñan en el Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío.

Una vez aprobado en los respectivos CEC, el procedimiento implicará primero, la solicitud de permiso para la ejecución al director/a de la DAS de los CESFAM. Posterior a su aprobación, se solicitará una reunión grupal o personal de acuerdo con la disponibilidad de los profesionales de salud del Programa de CPU. En esta se les invitará a participar de manera libre y voluntaria. Se les explicará la investigación, el objetivo del estudio e importancia de su participación y colaboración. Posteriormente a los participantes interesados se les hará entrega del consentimiento informado, e instrumento de investigación.

Cabe destacar, que en todo momento se procurará un lugar que sea cómodo y privado, el cual mantenga la confidencialidad, privacidad y tranquilidad.

La autorización final de la ejecución de este proyecto estará condicionada a su carta de apoyo o respaldo (la cual se adjunta a este correo), a la posterior evaluación del Comité de Ética respectivo, y a la aplicación del proceso de consentimiento informado.

Adicionalmente, informo que esta carta de apoyo es necesaria para que el proyecto sea evaluado por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, y Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.

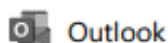
Se adjuntan los siguientes documentos:

- -Resumen del proyecto de tesis.
- -Instrumento Recolector de Datos.
- -Modelo de documento de consentimiento informado.
- **-Carta de respaldo (en caso de tener su autorización se debe reenviar carta a correo de investigadora responsable).**

Sin otro particular, me despido agradeciendo su consideración.

Atentamente,

María José Cuadra Villa
Investigadora Responsable



SOLICITUD DE APOYO PARA REALIZACION DE INVESTIGACION EN CESFAM DE CONCEPCIÓN

Desde María José Cuadra Villa <mcuadra2016@udec.cl>

Fecha Vie 06/06/2025 13:40

Para rbustosl@dasconcepcion.cl <rbustosl@dasconcepcion.cl>

CC elizama@dasconcepcion.cl <elizama@dasconcepcion.cl>

 4 archivos adjuntos (2 MB)

CARTA-RESPALDO.docx; Consentimiento Informado VRID.pdf; RESUMEN PROYECTO DE TESIS.pdf; INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS.pdf;

Estimada Directora Rosario Bustos Lira
Directora Dirección de Administración de Salud (DAS)
Municipalidad de Concepción

Presente.

Ref.: Solicita apoyo en investigación.

De mi consideración:

Junto con saludar atentamente, me presento como investigadora responsable del proyecto titulado "Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos", desarrollado en el contexto del programa de Magíster de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y solicito a Ud. apoyo para la ejecución de esta investigación en los establecimientos que dirige, y que se realizará sólo, posterior a la aprobación de los Comités de Ética Científicos (CEC) correspondientes.

El objetivo principal de la investigación es "Evaluar el afrontamiento ante la muerte y su asociación con la calidad de vida profesional, estimando las diferencias según los factores biosociodemográficos y laborales de los profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales (CPU) de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, durante el primer semestre del año 2025".

El diseño metodológico considera la participación de los profesionales de salud que se desempeñan en el Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío.

Una vez aprobado en los respectivos CEC, el procedimiento implicará primero, la solicitud de permiso para la ejecución al director/a de la DAS de los CESFAM adheridos. Posterior a su aprobación, se solicitará una reunión grupal o personal de acuerdo con la disponibilidad de los profesionales de salud del Programa de CPU. En esta se les invitará a participar de manera libre y voluntaria. Se les explicará la investigación, el objetivo del estudio e importancia de su participación y colaboración. Posteriormente a los participantes interesados se les hará entrega del consentimiento informado, e instrumento de investigación.

Cabe destacar, que en todo momento se procurará un lugar que sea cómodo y privado, el cual mantenga la confidencialidad, privacidad y tranquilidad.

La autorización final de la ejecución de este proyecto estará condicionada a su carta de apoyo o respaldo (la cual se adjunta a este correo), a la posterior evaluación del Comité de Ética respectivo, y a la aplicación del proceso de consentimiento informado.

Adicionalmente, informo que esta carta de apoyo es necesaria para que el proyecto sea evaluado por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, y Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.

Se adjuntan los siguientes documentos:

- -Resumen del proyecto de tesis.
- -Instrumento Recolector de Datos.
- -Modelo de documento de consentimiento informado.
- **-Carta de respaldo (en caso de tener su autorización se debe reenviar carta a correo de investigadora responsable).**

Sin otro particular, me despido agradeciendo su consideración.

Atentamente,

María José Cuadra Villa
Investigadora Responsable

SOLICITUD DE APOYO PARA REALIZACIÓN DE INVESTIGACION EN CESFAM DE SAN PEDRO DE LA PAZ

Desde María José Cuadra Villa <mcuadra2016@udec.cl>

Fecha Vie 13/06/2025 15:58

Para raguayo@dasspp.cl <raguayo@dasspp.cl>

 4 archivos adjuntos (2 MB)

CARTA-RESPALDO.docx; Consentimiento Informado VRID.pdf; RESUMEN PROYECTO DE TESIS.pdf; INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS.pdf;

Estimado Director Roberto Aguayo
Director Dirección de Administración de Salud (DAS)
Municipalidad de San Pedro de la Paz

Presente.

Ref.: Solicita apoyo en investigación.

De mi consideración:

Junto con saludar atentamente, me presento como investigadora responsable del proyecto titulado "Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos", desarrollado en el contexto del programa de Magíster de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y solicito a Ud. apoyo para la ejecución de esta investigación en los establecimientos que dirige, y que se realizará sólo, posterior a la aprobación de los Comités de Ética Científicos (CEC) correspondientes.

El objetivo principal de la investigación es "Evaluar el afrontamiento ante la muerte y su asociación con la calidad de vida profesional, estimando las diferencias según los factores biosociodemográficos y laborales de los profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales (CPU) de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, durante el primer semestre del año 2025".

El diseño metodológico considera la participación de los profesionales de salud que se desempeñan en el Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío.

Una vez aprobado en los respectivos CEC, el procedimiento implicará primero, la solicitud de permiso para la ejecución al director/a de la DAS de los CESFAM adheridos. Posterior a su aprobación, se solicitará una reunión grupal o personal de acuerdo con la disponibilidad de los profesionales de salud del Programa de CPU. En esta se les invitará a participar de manera libre y voluntaria. Se les explicará la investigación, el objetivo del estudio e importancia de su participación y colaboración. Posteriormente a los participantes interesados se les hará entrega del consentimiento informado, e instrumento de investigación.

Cabe destacar, que en todo momento se procurará un lugar que sea cómodo y privado, el cual mantenga la confidencialidad, privacidad y tranquilidad.

La autorización final de la ejecución de este proyecto estará condicionada a su carta de apoyo o respaldo (la cual se adjunta a este correo), a la posterior evaluación del Comité de Ética respectivo, y a la aplicación del proceso de consentimiento informado.

Adicionalmente, informo que esta carta de apoyo es necesaria para que el proyecto sea evaluado por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, y Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.

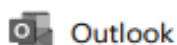
Se adjuntan los siguientes documentos:

- -Resumen del proyecto de tesis.
- -Instrumento Recolector de Datos.
- -Modelo de documento de consentimiento informado.
- **-Carta de respaldo (en caso de tener su autorización se debe reenviar carta a correo de investigadora responsable).**

Sin otro particular, me despido agradeciendo su consideración.

Atentamente,

María José Cuadra Villa
Investigadora Responsable



SOLICITUD DE APOYO PARA REALIZACION DE INVESTIGACION EN CESFAM DE LOTA

Desde María José Cuadra Villa <mcuadra2016@udec.cl>

Fecha Mié 18/06/2025 17:52

Para beatriz.cadegan@daslota.cl <beatriz.cadegan@daslota.cl>

Estimada Directora Beatriz Cadegan
Directora Dirección de Administración de Salud (DAS)
Municipalidad de Lota

Presente.

Ref.: Solicita apoyo en investigación.

De mi consideración:

Junto con saludar atentamente, me presento como investigadora responsable del proyecto titulado "Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos", desarrollado en el contexto del programa de Magíster de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y solicito a Ud. apoyo para la ejecución de esta investigación en los establecimientos que dirige, y que se realizará sólo, posterior a la aprobación de los Comités de Ética Científicos (CEC) correspondientes.

El objetivo principal de la investigación es "Evaluar el afrontamiento ante la muerte y su asociación con la calidad de vida profesional, estimando las diferencias según los factores biosociodemográficos y laborales de los profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales (CPU) de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, durante el primer semestre del año 2025".

El diseño metodológico considera la participación de los profesionales de salud que se desempeñan en el Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío.

Una vez aprobado en los respectivos CEC, el procedimiento implicará primero, la solicitud de permiso para la ejecución al director/a de la DAS de los CESFAM. Posterior a su aprobación, se solicitará una reunión grupal o personal de acuerdo con la disponibilidad de los profesionales de salud del Programa

de CPU. En esta se les invitará a participar de manera libre y voluntaria. Se les explicará la investigación, el objetivo del estudio e importancia de su participación y colaboración. Posteriormente a los participantes interesados se les hará entrega del consentimiento informado, e instrumento de investigación.

Cabe destacar, que en todo momento se procurará un lugar que sea cómodo y privado, el cual mantenga la confidencialidad, privacidad y tranquilidad.

La autorización final de la ejecución de este proyecto estará condicionada a su carta de apoyo o respaldo (la cual se adjunta a este correo), a la posterior evaluación del Comité de Ética respectivo, y a la aplicación del proceso de consentimiento informado.

Adicionalmente, informo que esta carta de apoyo es necesaria para que el proyecto sea evaluado por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, y Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.

Se adjuntan los siguientes documentos:

- -Resumen del proyecto de tesis.
- -Instrumento Recolector de Datos.
- -Modelo de documento de consentimiento informado.
- **-Carta de respaldo (en caso de tener su autorización se debe reenviar carta a correo de investigadora responsable).**

Sin otro particular, me despido agradeciendo su consideración.

Atentamente,

María José Cuadra Villa
Investigadora Responsable



SOLICITUD DE APOYO PARA REALIZACION DE INVESTIGACION EN CESFAM DE CHIGUAYANTE

Desde María José Cuadra Villa <mcuadra2016@udec.cl>

Fecha Mié 04/06/2025 16:53

Para direccion@daschiguayante.cl <direccion@daschiguayante.cl>

 4 archivos adjuntos (2 MB)

INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS.pdf; CARTA-RESPALDO.docx; RESUMEN PROYECTO DE TESIS.pdf; Consentimiento Informado VRID.pdf;

Estimada Directora Fabiola Yáñez
Directora Dirección de Administración de Salud (DAS)
Municipalidad de Chiguayante

Presente.

Ref.: Solicita apoyo en investigación.

De mi consideración:

Junto con saludar atentamente, me presento como investigadora responsable del proyecto titulado "Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos", desarrollado en el contexto del programa de Magíster de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y solicito a Ud. apoyo para la ejecución de esta investigación en los establecimientos que dirige, y que se realizará sólo, posterior a la aprobación de los Comités de Ética Científicos (CEC) correspondientes.

El objetivo principal de la investigación es "Evaluar el afrontamiento ante la muerte y su asociación con la calidad de vida profesional, estimando las diferencias según los factores biosociodemográficos y laborales de los profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales (CPU) de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, durante el primer semestre del año 2025".

El diseño metodológico considera la participación de los profesionales de salud que se desempeñan en el Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío.

Una vez aprobado en los respectivos CEC, el procedimiento implicará primero, la solicitud de permiso para la ejecución al director/a de la DAS de los CESFAM. Posterior a su aprobación, se solicitará una reunión grupal o personal de acuerdo con la disponibilidad de los profesionales de salud del Programa de CPU. En esta se les invitará a participar de manera libre y voluntaria. Se les explicará la investigación, el objetivo del estudio e importancia de su participación y colaboración. Posteriormente a los participantes interesados se les hará entrega del consentimiento informado, e instrumento de investigación.

Cabe destacar, que en todo momento se procurará un lugar que sea cómodo y privado, el cual mantenga la confidencialidad, privacidad y tranquilidad.

La autorización final de la ejecución de este proyecto estará condicionada a su carta de apoyo o respaldo (la cual se adjunta a este correo), a la posterior evaluación del Comité de Ética respectivo, y a la aplicación del proceso de consentimiento informado.

Adicionalmente, informo que esta carta de apoyo es necesaria para que el proyecto sea evaluado por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, y Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.

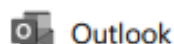
Se adjuntan los siguientes documentos:

- -Resumen del proyecto de tesis.
- -Instrumento Recolector de Datos.
- -Modelo de documento de consentimiento informado.
- **-Carta de respaldo (en caso de tener su autorización se debe reenviar carta a correo de investigadora responsable).**

Sin otro particular, me despido agradeciendo su consideración.

Atentamente,

María José Cuadra Villa
Investigadora Responsable



SOLICITUD DE APOYO PARA REALIZACION DE INVESTIGACION EN CESFAM DAS CORONEL

Desde María José Cuadra Villa <mcuadra2016@udec.cl>

Fecha Vie 04/07/2025 11:12

Para direccion@dascoronel.cl <direccion@dascoronel.cl>

 4 archivos adjuntos (2 MB)

CARTA-RESPALDO-JEFE-DE-SERVICIO-O-SITIO-DE-INVESTIGACION.docx; RESUMEN PROYECTO DE TESIS.pdf; Consentimiento Informado.pdf; INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS.pdf;

Estimada Directora Melissa Cifuentes Candia

Directora DAS Coronel

Presente.

Ref.: Solicita apoyo en investigación.

De mi consideración:

Junto con saludar atentamente, me presento como investigadora responsable del proyecto titulado "Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos", desarrollado en el contexto del programa de Magíster de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y solicito a Ud. apoyo para la ejecución de esta investigación en los CESFAM pertenecientes a la DAS que usted dirige, y que se realizará sólo, posterior a la aprobación de los Comités de Ética Científicos (CEC) correspondientes.

El objetivo principal de la investigación es "Evaluar el afrontamiento ante la muerte y su asociación con la calidad de vida profesional, estimando las diferencias según los factores biosociodemográficos y laborales de los profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales (CPU) de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, durante el primer semestre del año 2025".

El diseño metodológico considera la participación de los profesionales de salud que se desempeñan en el Programa de CPU de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío.

Una vez aprobado en los respectivos CEC, el procedimiento implicará primero, la solicitud de permiso para la ejecución al director/a de CESFAM. Posterior a su aprobación, se solicitará una reunión grupal o personal de acuerdo con la disponibilidad de los profesionales de salud del Programa de CPU. En esta se les invitará a participar de manera libre y voluntaria. Se les explicará la investigación, el objetivo del estudio e importancia de su participación y colaboración. Posteriormente a los participantes interesados se les hará entrega del consentimiento informado, e instrumento de investigación.

Cabe destacar, que en todo momento se procurará un lugar que sea cómodo y privado, el cual mantenga la confidencialidad, privacidad y tranquilidad.

La autorización final de la ejecución de este proyecto estará condicionada a su carta de apoyo o respaldo (la cual se adjunta a este correo), a la posterior evaluación del Comité de Ética respectivo, y a la aplicación del proceso de consentimiento informado.

Adicionalmente, informo que esta carta de apoyo es necesaria para que el proyecto sea evaluado por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, y Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.

Se adjuntan los siguientes documentos:

- -Resumen del proyecto de tesis.
- -Instrumento Recolector de Datos.
- -Modelo de documento de consentimiento informado.
- **-Carta de respaldo (en caso de tener su autorización se debe reenviar carta a correo de investigadora responsable).**

Sin otro particular, me despido agradeciendo su consideración.

Atentamente,

María José Cuadra Villa
Investigadora Responsable

Anexo 4: Consentimiento Informado del estudio



Nº de Código:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROFESIONALES DE SALUD

Título del Proyecto: “Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos”.

Investigadora Responsable: María José Cuadra Villa, Enfermera y estudiante del Programa de Magíster de Enfermería de la Universidad de Concepción, correo: mcuadra2016@udec.cl y fono: +56976682507.

Coinvestigadora: Dra. Maritza Espinoza Venegas, Profesora guía de tesis Programa de Magíster en Enfermería.

Asociación colaborativa: Servicio de Salud Concepción. Dirección de Salud Municipal de Concepción.

Estimado/a participante:

Usted está siendo invitado/a a participar en el estudio “Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos”, que se enmarca en la investigación previamente identificada, porque es un profesional de salud que trabaja en el Programa de Cuidados Paliativos Universales de atención primaria adscrito a la red de Cuidados Paliativos Universales de un Servicio de Salud de la Región del Biobío.

Por favor, lea este documento para que, al final, tome la decisión de participar, o no participar, o de retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna consecuencia negativa para usted. Informo que todos los procedimientos serán llevados a cabo con apego a la normativa vigente, respetando su privacidad y la respectiva confidencialidad, así como también las pautas y principios éticos y bioéticos correspondientes.

Versión del documento y fecha: Versión nº 5 – Octubre, 2025

1



Objetivo de la investigación

El objetivo principal del estudio es evaluar el afrontamiento ante la muerte y su asociación con la calidad de vida profesional, estimando las diferencias según los factores biosociodemográficos y laborales de los profesionales de salud del Programa de Cuidados Paliativos Universales de atención primaria adscrito a la red de CPU de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, durante el segundo semestre del año 2025.

Descripción de la participación

Si usted acepta participar en el estudio, su participación consistirá en:

- Responder por una sola oportunidad, un cuestionario de autorespuestas sobre sus antecedentes biosociodemográficos, laborales relacionados con Cuidados Paliativos, y sobre su percepción del afrontamiento a la muerte y calidad de vida profesional.

- El tiempo que utilizará será aproximadamente de 30 minutos.

- Se llevará a cabo el día, lugar y hora que se acuerde con usted, dentro del establecimiento, procurando un lugar que sea cómodo, privado y confidencial. Contará con el apoyo de la investigadora en caso de consultas o inquietudes.

Beneficios esperados

Su participación no garantiza beneficios directos para usted, pero los resultados obtenidos podrían generar beneficios indirectos, dado que permitirá conocer la realidad a la que se está enfrentando el profesional de salud de atención primaria en cuanto a la muerte de sus pacientes del Programa de CPU.

Riesgos Potenciales

La participación en este estudio puede implicar riesgos mínimos, que podrían estar relacionados con posibles situaciones de vulnerabilidad en los participantes (por ejemplo: profesionales que estén en tratamiento de salud mental o que estén viviendo un proceso de duelo), o bien podría generar incomodidad, evocación de recuerdos, o que se gatillen reacciones emocionales y/o psicológicas. Si esto ocurre, puede interrumpir el proceso de respuesta en cualquier momento e informar a la investigadora principal, quien le brindará contención emocional, y/o bien, se le ofrecerá y orientará para que consulte por sus propios medios al profesional de salud que corresponda, según su previsión.

Versión del documento y fecha: Versión n° 5 – Octubre, 2025

2



Confidencialidad y protección de datos

Toda la información recopilada será dispuesta para los fines específicos del estudio y exclusivos de la investigación propuesta.

Accederán a la información recopilada únicamente los miembros del equipo de investigadoras (María José Cuadra y Maritza Espinoza Venegas).

La información será tratada de forma confidencial, de acuerdo con la normativa legal vigente, resguardando los aspectos éticos y bioéticos del estudio.

Los datos se gestionarán mediante técnicas de desidentificación, adoptando códigos para proteger su identidad.

Los resultados de la investigación, basados en los datos analizados a partir del estudio que incluye su participación, podrían ser divulgados en publicaciones académicas o conferencias, pero sin incluir información que permita identificarle a usted y a la institución a la cual pertenece. Al finalizar el estudio, la investigadora principal se compromete a entregar un resumen ejecutivo anonimizado de los resultados a las instituciones participantes. Asimismo, los participantes que deseen conocer sus resultados individuales podrán solicitarlos de manera confidencial, enviando un correo electrónico a la investigadora principal.

Todos los datos obtenidos con su participación serán custodiados por la investigadora responsable y almacenada con clave de acceso, durante un periodo de 15 años y posteriormente eliminados de forma definitiva por la misma.

Derechos del participante

Su participación en este estudio es completamente libre y voluntaria.

Usted tiene los siguientes derechos: rechazar participar sin consecuencias negativas, o si decide participar: (i) retirarse del estudio en cualquier momento sin necesidad de justificar su decisión; (ii) solicitar la eliminación de los datos recopilados hasta el momento de su retiro; (iii) solicitar información y obtener del/la investigador/a responsable la confirmación acerca de si sus datos personales están siendo tratados por él/ella, y acceder a ellos en su caso; (iv) solicitar y obtener del investigador responsable que modifique o complete sus datos personales, cuando estos sean tratados por él/ella, y

Versión del documento y fecha: Versión n° 5 – Octubre, 2025

3



sean inexactos, desactualizados o incompletos, y (v) aquellos que deseen conocer sus resultados individuales podrán solicitarlos de manera confidencial, enviando un correo electrónico a la investigadora principal. Así también, cualquier hallazgo relevante, como nuevos riesgos o beneficios, se comunicarán a través de los canales institucionales de los CESFAM, de manera que la información llegue a todos los profesionales.

Su decisión de participar o no participar no afectará su relación con la institución involucrada en la investigación, ni con la investigadora responsable y/o con el equipo de investigación.

Costos

Su participación en este estudio no significará ningún costo para usted.

Compensación

Este estudio no contempla ningún tipo de compensación por su participación en él.

Preguntas y contacto

Si tiene preguntas relacionadas con la investigación o con el estudio que contempla su participación, podrá comunicarse con María José Cuadra Villa a su dirección electrónica institucional: mcuadra2016@udec.cl o al número +56976682507.

Para preguntas acerca de su participación en el estudio, podrá contactar al Comité Ético Científico (CEC) de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, con la Dra. Mónica Burgos M., a la dirección electrónica moniburgos@udec.cl, o bien a la Presidenta del Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Universidad de Concepción, Dra. Sandra Saldivia Bórquez, a la dirección electrónica cebb@udec.cl.

Para preguntas acerca de sus derechos como sujetos de investigación, podrá contactar al Comité Ético Científico (CEC) del Servicio de Salud Concepción, ubicado en Avenida Roosevelt #1582, al número 41-3270867, o bien a la dirección electrónica cec@ssconcepcion.cl

Si decide participar del estudio, se le solicita que así lo exprese con su firma en la declaración de consentimiento, a continuación.

Versión del documento y fecha: Versión nº 5 – Octubre, 2025

4



DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

He leído y comprendido la información proporcionada en este documento.

He tenido la oportunidad de realizar preguntas sobre el estudio que se realiza en el marco de la investigación, las cuales han sido respondidas satisfactoriamente.

Comprendo que mi participación es libre y voluntaria y que puedo reevaluar mi participación y retirarme en cualquier momento sin necesidad de justificar mi decisión ni sufrir consecuencias negativas.

Autorizo a la investigadora responsable a usar los datos obtenidos para los propósitos del estudio en el marco de la investigación informada y la publicación de los resultados en los términos planteados anteriormente.

Al firmar este documento no renunciaré a ningún derecho que me asista. Además, recibiré una copia firmada de este, en el presente acto.

Declaro mi consentimiento para participar en este estudio bajo los términos anteriormente descritos.

Nombre del/ de la Participante

Firma del/ de la Participante

Fecha: __/__/__

Nombre del/ de la Investigadora responsable

Firma del/ de la Investigadora responsable

Fecha: __/__/__

Nombre del/ de la Director(a) del CESFAM o su delegado/ Ministro de Fe

Firma del/ de la Director(a) del CESFAM o su delegado/ Ministro de Fe

Fecha: __/__/__

Versión del documento y fecha: Versión n° 5 – Octubre, 2025

5



Anexo 5: Consentimiento informado de prueba piloto



Nº de Código: ____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PRUEBA PILOTO PARA PROFESIONALES DE SALUD

Título del Proyecto: “Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos”.

Investigadora Responsable: María José Cuadra Villa, Enfermera y estudiante del Programa de Magíster de Enfermería de la Universidad de Concepción, correo: mcuadra2016@udec.cl y fono: +56976682507.

Coinvestigadora: Dra. Maritza Espinoza Venegas. Profesora guía de tesis Programa de Magíster en Enfermería.

Asociación colaborativa: Servicio de Salud Concepción. Dirección de Salud Municipal de Concepción.

Estimado/a participante:

Usted está siendo invitado/a a participar en la prueba piloto del estudio “Afrontamiento ante la muerte y asociación con Calidad de vida profesional en Cuidados Paliativos”, que se enmarca en la investigación previamente identificada, porque es un profesional de salud que trabaja en el Programa de Cuidados Paliativos Universales de atención primaria adscrito a la red de Cuidados Paliativos Universales de un Servicio de Salud de la Región del Biobío.

Por favor, lea este documento para que, al final, tome la decisión de participar, o no participar, o de retirarse de la prueba piloto en cualquier momento, sin ninguna consecuencia negativa para usted. Informo que todos los procedimientos serán llevados a cabo con apego a la normativa vigente, respetando su privacidad y la respectiva confidencialidad, así como también las pautas y principios éticos y bioéticos correspondientes.

Versión del documento y fecha: Versión nº 5 – Octubre, 2025



Objetivo de la prueba piloto

El objetivo principal de la prueba piloto es reconocer dificultades de comprensión de las preguntas e ítems del instrumento recolector de datos, identificar el tiempo que se destinará para contestar las preguntas, y las dificultades que se puedan presentar durante la aplicación del instrumento, para así, realizar oportunamente modificaciones necesarias para el estudio definitivo. Cabe destacar, que, si el instrumento no sufre modificaciones, sus respuestas pueden ser incorporadas a la muestra final del estudio.

Descripción de la participación

Si usted acepta participar en la prueba piloto, su participación consistirá en:

- Responder por una sola oportunidad, un cuestionario de autorespuestas sobre sus antecedentes biosociodemográficos, laborales relacionados con Cuidados Paliativos, y sobre su percepción del afrontamiento a la muerte y calidad de vida profesional.

- El tiempo que utilizará será **aproximadamente** de 30 minutos.

- Se llevará a cabo el día, lugar y hora que se acuerde con usted, dentro del establecimiento, procurando un lugar que sea cómodo, privado y confidencial. Contará con el apoyo de la investigadora en caso de consultas o inquietudes.

Beneficios esperados

Los beneficios de esta prueba piloto son indirectos, dado que permitirá conocer la correcta comprensión del instrumento a utilizar en la investigación por parte de los participantes, y los tiempos destinados a responderlo, para que de esta forma se pesquisen de manera temprana las barreras y se modifiquen de manera oportuna para el estudio.

Riesgos Potenciales

La participación en la prueba piloto puede implicar riesgos mínimos, que podrían estar relacionados con posibles situaciones de vulnerabilidad en los participantes (por ejemplo: profesionales que estén en tratamiento de salud mental o que estén viviendo un proceso de duelo), o bien podría generar incomodidad, evocación de recuerdos, o que se gatillen reacciones emocionales y/o psicológicas. Si esto ocurre, puede interrumpir el proceso de respuesta en cualquier momento e informar a la investigadora principal, Versión del documento y fecha: Versión n° 5 – Octubre, 2025



quien le brindará contención emocional, y/o bien, se le ofrecerá y orientará para que consulte por sus propios medios al profesional de salud que corresponda, según su previsión.

Confidencialidad y protección de datos

Toda la información recopilada será dispuesta para los fines específicos de la prueba piloto y exclusivos de la investigación propuesta.

Accederán a la información recopilada únicamente los miembros del equipo de investigadoras (María José Cuadra y Maritza Espinoza Venegas).

La información será tratada de forma confidencial, de acuerdo con la normativa legal vigente, resguardando los aspectos éticos y bioéticos del estudio.

Los datos se gestionarán mediante técnicas de desidentificación, adoptando códigos para proteger su identidad.

Los resultados de la prueba piloto, basados en los datos analizados a partir del estudio que incluye su participación, podrían ser divulgados en publicaciones académicas o conferencias, pero sin incluir información que permita identificarle a usted y a la institución a la cual pertenece. Al finalizar la prueba piloto, la investigadora principal se compromete a entregar un resumen ejecutivo anonimizado de los resultados a las instituciones participantes. Asimismo, los participantes que deseen conocer sus resultados individuales podrán solicitarlos de manera confidencial, enviando un correo electrónico a la investigadora principal.

Todos los datos obtenidos con su participación serán custodiados por la investigadora responsable y almacenada con clave de acceso, durante un periodo de 15 años y posteriormente eliminados de forma definitiva por la misma.

Derechos del participante

Su participación en esta prueba piloto es completamente libre y voluntaria.

Usted tiene los siguientes derechos: rechazar participar sin consecuencias negativas, o si decide participar: (i) retirarse de la prueba piloto en cualquier momento sin necesidad de justificar su decisión; (ii) solicitar la eliminación de los datos

Versión del documento y fecha: Versión n° 5 – Octubre, 2025



recopilados hasta el momento de su retiro; (iii) solicitar información y obtener de la investigadora responsable la confirmación acerca de si sus datos personales están siendo tratados por él/ella, y acceder a ellos en su caso; (iv) solicitar y obtener del investigador responsable que modifique o complete sus datos personales, cuando estos sean tratados por él/ella, y sean inexactos, desactualizados o incompletos, y (v) aquellos que deseen conocer sus resultados individuales podrán solicitarlos de manera confidencial, enviando un correo electrónico a la investigadora principal. Así también, cualquier hallazgo relevante, como nuevos riesgos o beneficios, se comunicarán a través de los canales institucionales de los CESFAM, de manera que la información llegue a todos los profesionales.

Su decisión de participar o no participar no afectará su relación con la institución involucrada en la investigación, ni con la investigadora responsable y/o con el equipo de investigación.

Costos

Su participación en esta prueba piloto no significará ningún costo para usted.

Compensación

Esta prueba piloto no contempla ningún tipo de compensación por su participación en él.

Preguntas y contacto

Para preguntas acerca de su participación en la prueba piloto, podrá contactar al Comité Ético Científico (CEC) de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, con la Dra. Mónica Burgos M., a la dirección electrónica moniburgos@udec.cl, o bien a la Presidenta del Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Universidad de Concepción, Dra. Sandra Saldivia Bórquez, a la dirección electrónica cebb@udec.cl.

Para preguntas acerca de sus derechos como sujetos de investigación, podrá contactar al Comité Ético Científico (CEC) del Servicio de Salud Concepción, ubicado en Avenida Roosevelt #1582, al número 41-3270867, o bien a la dirección electrónica cec@ssconcepcion.cl

Versión del documento y fecha: Versión n° 5 – Octubre, 2025



Si decide participar de la prueba piloto, se le solicita que así lo exprese con su firma en la declaración de consentimiento, a continuación.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

He leído y comprendido la información proporcionada en este documento.

He tenido la oportunidad de realizar preguntas sobre la prueba piloto que se realiza en el marco de la investigación, las cuales han sido respondidas satisfactoriamente.

Comprendo que mi participación es libre y voluntaria y que puedo reevaluar mi participación y retirarme en cualquier momento sin necesidad de justificar mi decisión ni sufrir consecuencias negativas.

Autorizo a la investigadora responsable a usar los datos obtenidos para los propósitos de la prueba piloto en el marco de la investigación informada y la publicación de los resultados en los términos planteados anteriormente.

Al firmar este documento no renunciaré a ningún derecho que me asista. Además, recibiré una copia firmada de este, en el presente acto.

Declaro mi consentimiento para participar en esta prueba piloto bajo los términos anteriormente descritos.

Nombre del/ de la Participante

Firma del/ de la Participante

Fecha: __/__/__

Nombre del/ de la Investigadora
responsable

Firma del/ de la Investigadora responsable

Fecha: __/__/__

Nombre del/ de la Director(a) del
CESFAM o su delegado/ Ministro de Fe

Firma del/ de la Director(a) del CESFAM
o su delegado/ Ministro de Fe

Versión del documento y fecha: Versión n° 5 – Octubre, 2025

5

