



Autónoma
Universidad Autónoma del Perú

ESCUELA DE POSGRADO
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CUIDADOS PALIATIVOS
TRABAJO ACADÉMICO

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y ACTITUD SOBRE MUERTE DE
PACIENTES EN FASE TERMINAL EN ENFERMERAS DE UN HOSPITAL
NACIONAL LIMA 2025**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS**

Autora

VALVERDE CRIBILLERO, Jessica Nelia (ORCID: 0009-0000-6550-0872)

Asesor

PARIAJULCA FERNANDEZ, Israel Robert (ORCID: 0000-0002-3505-6261)

Línea de Investigación del Programa

Calidad de vida

Línea de Acción RSU

Salud y Bienestar

LIMA, PERÚ, SEPTIEMBRE DE 2025



CCo

<https://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>

Esta licencia permite que cualquier persona use la obra libremente, sin necesidad de pedir permiso ni dar crédito al autor. Se puede copiar, modificar, distribuir y utilizar incluso con fines comerciales, ya que el creador renuncia a sus derechos de autor en la mayor medida posible. Es la licencia más abierta y sin restricciones.

Referencia bibliográfica

Valverde Cribillero, J. N. (2025). *Estrategias de afrontamiento y actitud sobre muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras de un hospital nacional Lima 2025* [Trabajo académico, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio de la Universidad Autónoma del Perú.

HOJA DE METADATOS

Datos del autor	
Nombres y apellidos	Jessica Nelia Valverde Cribillero
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	10155767
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0000-6550-0872
Datos del asesor	
Nombres y apellidos	Israel Robert Pariajulca Fernández
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	40000243
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-3505-6261
Datos de la investigación	
Título de la investigación	Estrategias de afrontamiento y actitud sobre muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras de un hospital nacional Lima 2025.
Línea de investigación Institucional	Ciencia, Tecnología e Innovación
Línea de investigación del Programa	Calidad de vida
Línea de acción RSU	Salud y bienestar
URL de disciplinas OCDE	Enfermería: https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03 Ciencias de la salud: https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00

ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD

Yo Israel Robert Pariajulca Fernández docente de la Facultad de Posgrado de la Segunda Especialidad en Enfermería en Cuidados Paliativos de la Universidad Autónoma del Perú, en mi condición de asesor del trabajo académico:

Estrategias de afrontamiento y actitud sobre muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras de un hospital nacional Lima2025

De la bachiller Jessica Nelia Valverde Cribillero, certifico que el trabajo académico tiene un índice de similitud de 13% verificable en el reporte de similitud del software Turnitin que se adjunta.

El suscrito revisó y analizó dicho reporte a lo que concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender el trabajo académico cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad Autónoma del Perú.

Lima, 11 de diciembre de 2025



Israel Robert Pariajulca Fernández

DNI: 40000243

ÍNDICE

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	4
1.1. Planteamiento del problema	4
1.2. Formulación del problema	6
1.2.1. Problema general	6
1.2.2. Problemas específicos	6
1.3. Objetivos de la investigación	6
1.3.1. Objetivo general	6
1.3.2. Objetivos específicos	6
1.4. Justificación de la investigación	7
1.4.1. Teórica	7
1.4.2. Metodológica	7
1.4.3. Práctica	7
1.5. Delimitación de la investigación	8
1.5.1. Tiempo	8
1.5.2. Espacio	8
1.5.3. Población objeto de estudio	8
2. MARCO TEÓRICO	9
2.1. Antecedentes	9
2.2. Bases teóricas	15
2.3. Formulación de hipótesis	30
2.3.1. Hipótesis general	30
2.3.2. Hipótesis específicas	30
2.4. Variables y su operacionalización	31
3. MARCO METODOLÓGICO	34
3.1. Método de la investigación	34
3.2. Enfoque de la investigación	34
3.3. Tipo de investigación	34
3.4. Diseño de la investigación	34
3.5. Población, muestra y muestreo	34
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	35
3.6.1. Técnica	35
3.6.2. Descripción de los instrumentos	35
3.6.3. Validación	36

3.6.4. Confiabilidad.....	36
3.7. Procedimientos para la recolección de datos	36
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	37
3.9. Aspectos éticos.....	38
4. MARCO ADMINISTRATIVO	39
4.1. Cronograma de actividades	39
4.2. Presupuesto.....	40
5. REFERENCIAS.....	41

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

En gran cantidad de países, el personal de enfermería no tiene las competencias suficientes para sobrellevar la atención a pacientes que padecen de enfermedades en su etapa terminal, esto debido a la escasa formación y capacitación en brindar los cuidados pertinentes, esto es aún más preocupante al ver el escenario actual, el cual evidencia una tendencia creciente cada día en cuanto a enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales demandan mayor cantidad de profesiones de enfermería que se especialicen en el cuidado de esta población en fase terminal para poder brindar un cuidado de mayor calidad (1).

En países europeos, como Polonia, se ha encontrado que la muerte de un paciente es recordada por más del 70% de las enfermeras como un evento que incide en su estado emocional, y puede perjudicar la calidad de su trabajo sobre todo en las guardias durante las cuales sucedió el fallecimiento, generando emociones, como tristeza al 73.4%, al 58.5% impotencia y al 43.6% arrepentimiento (2). Otro estudio en el mismo país resalta que el temor a la muerte y la tendencia a evitar el tema son actitudes frecuentes, especialmente en enfermeras jóvenes y mujeres, mientras que la aceptación natural y neutral de la muerte es más común en profesionales experimentados (3).

La enfermería es una profesión que tiene muchos factores estresantes, que están sujetos a la responsabilidad por la salud, la vida y la muerte de los pacientes (4). Un estudio realizado en Arabia Saudí, destaca que en cuidados a pacientes moribundos las enfermeras experimentan una carga emocional negativa de forma regular al presenciar el sufrimiento y la muerte, por lo que recurren mayormente a estrategias de afrontamiento como el apoyo entre colegas, las prácticas de mindfulness y la reflexión personal tanto oral como escrita (5). Por otro lado, en España, un estudio mostró que el 39.8% de enfermeras no percibía un afrontamiento adecuado ante la muerte, sobre todo las más jóvenes, asimismo, el 66% manifestó su entorno laboral como desfavorable y con altos niveles de estrés ocupacional (6).

En las sociedades occidentales, como las de Latinoamérica, se tiene una concepción más imprevista y de extrañeza sobre la muerte, por lo que el afrontamiento del proceso de muerte se vivencia de manera personal; en Colombia, un estudio reveló que recién en el ejercicio profesional las enfermeras reconocieron el valor en el cuidado al final de la vida, asimismo se evidenciaron prácticas de

afrontamiento que tienen como al catolicismo como una manifestación muy marcada que atiende a sus necesidades espirituales, no obstante, prevalece un afrontamiento bajo y neutro en las enfermeras, en el 36.7% y 29.9% respectivamente (7).

En el Perú, durante la pandemia, se vieron particularmente agravados estos aspectos, sobre todo en hospitales públicos, donde las enfermeras enfrentan diariamente la defunción de enfermos críticos, especialmente en cuidados intensivo, no obstante, el adoptar un afrontamiento resiliente y de responsabilidad social han ayudado a sobrellevar las dificultades que afrontan debido a los riesgos ocupacionales existentes (8).

A nivel nacional hace falta profesionales que tengan los conocimientos y estrategias clínicas adecuadas para afrontar el proceso terminal de los pacientes, en la ciudad de Trujillo, se encontró que el 55.5% de las enfermeras tuvieron bajos niveles bajos y moderados de afrontamiento y adaptación, y en cuanto a su actitud hacia el fallecimiento, el 40.7% tuvieron una actitud indiferente y el 33.4% desfavorable, la cual presenta una carga emocional grande que altera la calidad del cuidado y el bienestar del personal, por otro lado, aunque se identificó que la resiliencia es central para propiciar estrategias optimas de afrontamiento, su desarrollo no está suficientemente promovido (9).

En Lima, la capital y región con mayor concentración de servicios de salud, la problemática se acentúa por la alta demanda y el estrés laboral que implican los servicios de salud. Estudios locales han reportado que el personal de enfermería sobre todo en unidades críticas y servicios de emergencia enfrentan dificultades para gestionar sus emociones ante la muerte, lo cual se plasma en que el 58.6% tiene una actitud negativa, evidenciando la necesidad de intervenciones formativas psicológicas que fortalezcan sus habilidades de afrontamiento y resiliencia, puesto que la falta de preparación formal para manejar la muerte promueve actitudes de evitación y sobrecarga emocional, que pueden afectar tanto al personal como a los pacientes y sus familias (10).

El Hospital Eduardo Rebagliati Martins, de Lima, presenta una problemática acorde a la de otros hospitales públicos de la localidad donde la exigencia de técnicas efectivas de afrontamiento y una actitud profesional adecuada es primordial para garantizar un cuidado digno y humanizado, sin embargo, la falta de programas formales de capacitación y formación en cuidados paliativos y el poco sostén emocional percibido en los profesionales enfermeros ha generado un desgaste

profesional psicoemocional evidente, lo cual limita la capacidad de afrontamiento de la defunción de enfermos en fase terminal, afectando la calidad del cuidado paliativo.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cómo las estrategias de afrontamiento se relacionan con la actitud hacia la muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras de un hospital nacional Lima 2025?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuál es la relación de las estrategias de afrontamiento en su dimensión problema con la actitud hacia la muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras de un hospital nacional Lima 2025?

¿Cuál es la relación de las estrategias de afrontamiento en su dimensión emoción con la actitud hacia la muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras de un hospital nacional Lima 2025?

¿Cuál es la relación de las estrategias de afrontamiento en su dimensión evitación con la actitud hacia la muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras de un hospital nacional Lima 2025?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación de las estrategias de afrontamiento con la actitud hacia la muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras de un hospital nacional Lima 2025

1.3.2. Objetivos específicos

Medir la relación de las estrategias de afrontamiento en su dimensión problema con la actitud hacia la muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras de un hospital nacional Lima 2025

Medir la relación de las estrategias de afrontamiento en su dimensión emoción con la actitud hacia la muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras de un hospital nacional Lima 2025

Medir la relación de las estrategias de afrontamiento en su dimensión evitación con la actitud hacia la muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras de un hospital nacional Lima 2025

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

La investigación se justifica a nivel teórico, apoyándose en teorías relevantes como el modelo de Lazarus y Folkman, y el enfoque humanista de Jean Watson, que ofrecen marcos conceptuales para interpretar la respuesta del colaborador de enfermería respecto a la muerte. En concreto, posibilita el análisis profundo de dos constructos psicológicos y emocionales relevantes en el campo de los cuidados paliativos, las metodologías de afrontamiento y la actitud ante la muerte en los sujetos de estudio, ayudando a la comprensión de cómo los expertos en salud enfrentan su experiencia al velar por pacientes en fase terminal, a la par que amplían la base de conocimiento teórico sobre el comportamiento humano, enriqueciendo los campos de la psicología de la salud, la tanatología y la enfermería clínica.

1.4.2. Metodológica

La investigación se justifica metodológicamente porque propone el uso de instrumentos psicométricos validados y adaptados culturalmente al contexto local, para la medición de las estrategias de afrontamiento y la actitud hacia la muerte, dando la garantía en la confiabilidad y consistencia de los datos obtenidos. Al aplicar cuestionarios estructurados y analizar estadísticamente la relación entre ambas variables, se espera obtener resultados consistentes y replicables, lo cual fortalecerá el rigor científico del estudio. Asimismo, este diseño metodológico podría servir como referencia para investigaciones venideras que busquen explorar estas variables en contextos similares, de esta manera, se contribuye al perfeccionamiento de las metodologías en el ámbito de la salud.

1.4.3. Práctica

La investigación se justifica a nivel práctico, ya que sus hallazgos podrán ser aplicados en la mejora del entorno laboral y emocional de los enfermeros que brindan atención a pacientes en fase terminal, siendo posible diseñar intervenciones orientadas al fortalecimiento del manejo emocional, la prevención del agotamiento profesional y la promoción del autocuidado. Los hallazgos también podrán ser de uso por otras instituciones de salud con el fin de diseñar programas de formación continua, sensibilización y apoyo psicológico al personal, mejorando así su bienestar, y la calidad de atención al paciente terminal y su familia, de igual forma, esta investigación puede incidir en la formulación de políticas internas hospitalarias orientadas al cuidado integral del recurso humano en salud.

1.5. Delimitación de la investigación

1.5.1. Tiempo

El estudio será ejecutado durante los meses de mayo a junio del año 2025.

1.5.2. Espacio

El estudio se llevará a cabo en el Hospital Edgardo Rebagliati, en Lima.

1.5.3. Población objeto de estudio

El estudio se centrará en el personal de enfermería del servicio de medicina interna del Hospital Edgardo Rebagliati.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Liu et al. (11), en 2025, en China, tuvieron como finalidad analizar el afrontamiento de la muerte, la actitud hacia la muerte y la calidad de vida en enfermeros. El estudio es cuantitativo y transversal, con una muestra de 357 profesionales a quienes se aplicaron una encuesta, y una escala de calidad de vida de enfermería. Los hallazgos mostraron que la capacidad de afrontamiento ante la muerte alcanzó un nivel moderado en el 67.6%, mientras que la actitud ante la muerte en el 64.4%, asimismo, la capacidad de afrontamiento se relacionó con la actitud ante la muerte ($r=0.185$), con la actitud positiva hacia la muerte ($r=0.333$) y con la calidad de vida profesional ($r=0.288$). Concluyendo que el afrontamiento se relaciona y ayuda a promover una mejor actitud ante la muerte y con la calidad de vida de enfermeros geriátricos.

Banegas et al. (12), en 2025, en Ecuador, tuvo como finalidad analizar las actitudes y estrategias de afrontamiento en enfermería ante la muerte de los pacientes. El estudio es cuantitativo y diseño transversal, con 150 enfermeros como muestra, y aplicando la escala CAM-1. Se halló que, en cuanto a las actitudes, el 47.37 % de entre 11 y 20 años de experiencia mostraban una actitud favorable, y el 70.37 % de menos de 5 años presentaban una actitud negativa, y por áreas, los profesionales de UCI y emergencia mostraron mayor prevalencia de actitudes positivas, 50% y 52.94% respectivamente. Concluyendo que, aunque existe una tendencia hacia actitudes positivas, aún persisten niveles significativos de indiferencia y negatividad, especialmente entre el personal con menor experiencia.

Lojano et al. (13), en 2024, en Ecuador, tuvieron como finalidad analizar las actitudes y estrategias de afrontamiento ante la muerte en enfermeras. El estudio es de enfoque cuantitativo, y diseño descriptivo. La muestra censal se conformó por los 49 licenciados y auxiliares en enfermería de UCI, a quienes se aplicó la escala CAM y la Escala de Afrontamiento de Bugen. Respecto a las actitudes hacia la muerte, el 25% del personal presentó actitudes afectivas, otro 25% mostró actitudes cognitivas; en el afrontamiento, el 49% del personal presentó un afrontamiento deficiente. Concluyendo que existen actitudes variadas ante la muerte en las enfermeras, mientras que el afrontamiento frente a este fenómeno es mayoritariamente inadecuado, repercutiendo en su desempeño profesional.

Masaquiza et al (14), en 2024, en Ecuador, buscaron identificar las actitudes y estrategias de afrontamiento hacia el fallecimiento. El estudio fue cuantitativo, y diseño transversal. La muestra censal correspondió a 74 internos de enfermería. Como instrumentos se utilizó la escala de miedo a la muerte de Collett-Lester y la escala de Bugen. El 28% manifestó una actitud de temor hacia la muerte, el 22% mostró aceptación desde una perspectiva de escape, el 20% evidenció una actitud evasiva ante el tema. En lo referido al afrontamiento ante la muerte, el 100% de los participantes presentó niveles inadecuados de afrontamiento. Concluyendo que los participantes experimentan actitudes de temor ante la muerte y estrategias de afrontamiento inadecuadas, lo que puede afectar su estabilidad emocional.

Zahran et al. (15), en 2022, en Jordania, buscaron identificar las actitudes respecto a la muerte y al cuidado de pacientes terminales en personal de enfermería. De enfoque cuantitativo, y diseño correlacional, con una muestra 555 entes, se usaron dos escalas. El 86.5% presentó actitudes de moderadas a altas hacia la muerte. Asimismo, se halló un nivel moderado de miedo a la muerte, con un promedio de 29.1 puntos, lo que equivale al 58.2%, en contraste, se reportó una alta aceptación neutral de la muerte, con una media de 27.6 puntos, correspondiente al 76.6%. Además, la aceptación del escape y la evitación fueron predictores negativos del cuidado terminal. Concluyendo que los participantes mostraron actitudes mayoritariamente positivas, aunque condicionadas por factores personales y académicos.

Barnett et al. (16), en 2021, en Estados Unidos, tuvieron como propósito analizar la asociación entre la actitud respecto a la muerte, la autoeficacia del cuidado paliativo y la actitud frente al cuidado de pacientes moribundos en enfermeras. El estudio es cuantitativo y diseño transversal. Se trabajó con 90 enfermeras, que trabajaban en centros de cuidados paliativos, aplicándoseles encuestas en línea. Las participantes presentaban bajos niveles de temor a la muerte (52.2%), y también bajos niveles de evasión (54%), en contraste, se reportaron altos niveles de aceptación neutral (117.8 %), aceptación del escape (110.8%), y aceptación del acercamiento (84.6%). Concluyendo que las actitudes en relación al fallecimiento y la confianza interpersonal influyen en la disposición de brindar cuidados al finiquitar la vida.

Faronbi et al. (17), en 2021, en Nigeria, buscaron identificar los factores que influyen en las actitudes de las enfermeras hacia la muerte y el cuidado de pacientes terminales. Bajo un enfoque cuantitativo, participaron 213 enfermeras, aplicándoseles cuestionarios. La mayoría (67.6%) presentaban actitudes desfavorables hacia el

cuidado de pacientes moribundos, y un porcentaje aún mayor (75.6%) evidenciaba una percepción negativa sobre la muerte, además, se hallaron asociaciones significativas entre estas actitudes y los años de experiencia ($p = 0.000$) y la unidad de trabajo ($p = 0.002$). Concluyendo que las actitudes negativas predominantes están influenciadas por factores laborales y personales, además quienes temen o rechazan la muerte tienden a mostrar menos disposición para cuidar a pacientes terminales.

Morales et al. (18), en 2021, en México, tuvieron como objetivo investigar sobre las actitudes que manifiestan las enfermeras frente al proceso de muerte de los enfermos. Bajo un enfoque cuantitativo, y diseño transversal. La muestra final fue de 71 enfermeras provenientes de dos hospitales. Se utilizó el cuestionario CAM-2. Los resultados indicaron que, en cuanto a las actitudes, el 67.6% de enfermeros mostró una postura indiferente, mientras que únicamente el 9.9% expresó una actitud positiva, asimismo, el 46.5% manifestó experimentar ansiedad ante pensamientos de la muerte, en tanto que el 39.4% la percibió como un fenómeno natural. Concluyendo que las enfermeras en áreas críticas de cuidados paliativos tienden a mostrar sentimientos de indiferencia ante el proceso de muerte de los pacientes.

Fernández et al. (19), en 2020, en España, buscaron analizar la actitud y el afrontamiento sobre la muerte en el personal de enfermería. Bajo un enfoque cuantitativo y diseño transversal. Participaron 56 enfermeras de oncología, cuidados paliativos, y hematología. Se utilizó la escala de afrontamiento de Bugen. Participaron 56 profesionales. Los hallazgos revelaron que sólo el 27% mostró un afrontamiento positivo ante la muerte, frente al 15% observado en el personal técnico, sin diferencias significativas ($p=0.566$), además, por unidad de servicio, el 47% de los profesionales en cuidados paliativos presentaban un afrontamiento adecuado, y en oncología y hematología menos del 15%. Concluyendo que en la unidad de Cuidados Paliativos se tiene un afrontamiento más favorable en comparación a las otras unidades.

Henao et al. (20), en 2020, en Colombia, tuvieron como propósito analizar las estrategias de afrontamiento que emplean las enfermeras ante el fallecimiento. La metodología es de enfoque cualitativo. Se seleccionaron 10 participantes del área de UCI. La información se recopiló mediante entrevistas. El 90% recurren mayormente a un afrontamiento emocional, entre estas, se identificó la supresión de emociones frente a los pacientes y sus familias (86%), el uso del diálogo (72%), la oración con el paciente (67%) y el acompañamiento activo a familiares. Como conclusión, en el área de UCI se implementan estrategias de afrontamiento en su dimensión emoción

durante la atención al final de la vida, las cuales se apoyan en recursos espirituales y en la comunicación empática con las familias, quienes requieren un apoyo constante.

Anampa et al. (21), en 2025, en Huánuco, midieron el vínculo existente entre las estrategias de afrontamiento y el desgaste profesional. La metodología, es enfoque cuantitativo, y diseño transversal correlacional. A 40 trabajadores de salud del servicio de emergencia se aplicaron dos cuestionarios. Las estrategias de afrontamiento orientadas a la cognición presentaron un predominio del nivel medio en el 42.5%, mientras que aquellas estrategias orientadas a la emoción y la conducta también mostraron un nivel medio en el 47.5% de los participantes, de manera genera el 45% del personal de salud presenta un nivel intermedio. Concluyendo que las estrategias de afrontamiento son nivel medio, y esto tiene una relación fuerte con el desgaste profesional que experimentan en su día a día.

Barsallo et al. (22), en 2025, en Chiclayo, tuvo como finalidad analizar cómo las enfermeras de emergencia afrontan el cuidado de pacientes terminales. Bajo metodología cualitativa, con una muestra de 15 enfermeras de un hospital. Se hallaron tres categorías, la primera el bajo profesionalismo y escasez de recursos, donde más de 80% señalaron carga por falta de insumos, escasez de especialistas y equipos, en la segunda, problemas éticos, más del 70% describió dilemas con la prolongación de la vida y comunicación del diagnóstico, y en las decisiones de afrontamiento ético, cerca del 90% resaltó la necesidad de aplicar principios bioéticos y recibir capacitación. Concluyendo que, las enfermeras reconocen que los dilemas y problemas éticos surgen por no asumir plenamente sus deberes.

Muñoz et al. (23), en 2024, en Lima, tuvieron como propósito identificar las estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer. El enfoque metodológico fue cuantitativo, con diseño transversal. Participaron 62 pacientes hospitalizadas, empleando un cuestionario. El 93.5% emplea estrategias orientadas al problema de manera positiva; en cuanto a las estrategias orientadas a la evitación, el 54.8% tuvo favorable actitud; en la actitud, el 90.3% manifestó una disposición activa de lucha; además, el 67.7% evidenció una actitud a buscar apoyo social; se identificó que el 54.8% presentó actitudes asociadas al distanciamiento emocional. Concluyendo que las pacientes emplean tanto estrategias de afrontamiento adaptativas como desadaptativas, predominando aquellas en su dimensión problema.

Jara (24), en 2023, en Huánuco, tuvo como finalidad identificar las disparidades en las actitudes hacia el fallecimiento de pacientes en enfermeros. El enfoque es

cuantitativo, y diseño transversal. Participaron 112 internos, a quienes se aplicó una escala. Se halló una actitud positiva predominante frente al fallecimiento del enfermo ($p = 0.038$) y se identificaron diferencias acordes al grupo etario ($p = 0.043$), sexo ($p = 0.019$), procedencia institucional ($p = 0.008$), previa capacitación ($p = 0.003$), en cambio, no se hallaron diferencias según religión ($p = 0.083$) ni estudio previo de otra carrera ($p = 0.251$). Concluyendo que las actitudes de los internos están influenciadas por factores tanto formativos como experienciales.

Basilio et al. (25), en 2023, en Pasco, tuvieron como objetivo determinar la asociación entre las actitudes ante el fallecimiento del paciente y el afrontamiento en el personal de enfermería. El estudio es correlacional. Participaron 40 internos de enfermería, a quienes se encuestaron. El 45.0% presentaron actitudes poco adecuadas hacia el fallecimiento del enfermo, y el 30.0% mostraron actitudes no adecuadas. En cuanto al afrontamiento enfocado al problema, la mayoría (45.0%) utilizó un estilo pausado, mientras que, en las enfocadas a la evitación del problema, un 40.0% adoptó un enfoque directo. Concluyendo que existe una relación moderada ($r = 0.455$) entre las actitudes hacia la muerte del paciente y las estrategias de afrontamiento empleadas.

Aquino (26), en 2023, en Chachapoyas, Perú, tuvo como finalidad identificar las actitudes frente al fallecimiento de pacientes en enfermeros. El enfoque metodológico fue cuantitativo, y diseño transversal. Participaron 29 internos de enfermería, a quienes se les administró un cuestionario. Respecto a los resultados, se identificó que la mayoría (65.6%) manifestó una actitud parcialmente positiva hacia la muerte de paciente, en el componente cognitivo, el 69% evidenció una actitud parcialmente positiva, en el ámbito afectivo, el 55.2% mostró una actitud positiva, finalmente, en la dimensión conductual, el 51.7% manifestó una actitud parcialmente positiva. Concluyendo que la mayoría de profesionales manifiestan actitudes entre positivas y parcialmente positivas frente al fallecimiento de pacientes.

Rosales (27), en 2023, en Trujillo, tuvieron como finalidad analizar el vínculo entre los estilos de afrontamiento con el estrés en enfermeras de UCI. Bajo el enfoque cuantitativo y diseño transversal. Con muestra de 36 enfermeras. Se aplicaron dos escalas la EVEA y la EVNE. Hallando que el 69.4% presentaron un estilo de afrontamiento alto orientado al problema, mientras que el 44.4% mostró alta orientación en las emociones, también, el 88.9% tuvo un nivel bajo en otras estrategias. El vínculo entre estilos de afrontamiento orientado al problema y

emociones con el estrés fue significativo ($p=0.000$), mientras que para otras estrategias no lo fue ($p=0.316$). Concluyendo que las enfermeras con estilos de afrontamiento más desarrollados tienden a experimentar menos estrés.

Díaz et al. (28), en 2022, en Tacna, tuvieron como propósito de analizar el vínculo entre los factores sociolaborales y la actitud del profesional de enfermería frente al fallecimiento de pacientes. El enfoque es cuantitativo, con nivel descriptivo. La muestra estuvo compuesta por 45 profesionales de enfermería del servicio de cuidados críticos. Se utilizaron dos cuestionarios. Los hallazgos revelaron que, respecto a las actitudes hacia el fallecimiento, se halló que el 73.3% del personal mostró una actitud positiva, mientras que el 26.7% evidenció una actitud negativa. Concluyendo que existe significancia relacional entre factores laborales y actitud ante la muerte del paciente ($p = 0.01$), sin relación significativa con los factores sociales.

Krederdt et al. (29), en 2021, en Lima, buscó analizar si existe una asociación entre la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento en mujeres en hospital limeño. El estudio es aplicado, y de diseño transversal correlacional. Englobó una muestra de 43 pacientes. Se aplicaron dos instrumentos: el QLQ-C30 y el BRIEF COPE. El 63% presentaron una calidad de vida medianamente saludable, en el aspecto físico, el 61% con calidad moderada, en el aspecto social y psicológica, el 63% y 47% respectivamente alcanzaron niveles saludables. En cuanto a afrontamiento, el 93% utilizó estrategias activas de confrontación, como aceptación, reformulación positiva y búsqueda de apoyo emocional. Concluyendo que, aunque la mayoría mostraron afrontamiento activo y nivel aceptable de calidad de vida, estas variables no se correlacionaron estadísticamente.

Collantes et al. (30), en 2021, en Cajamarca, tuvieron como finalidad analizar las actitudes en enfermeros ante pacientes en etapa terminal en un hospital peruano. El estudio es cualitativo con diseño fenomenológico, siendo la muestra de cinco licenciados, a quienes se entrevistó. Los hallazgos revelaron que más del 80% manifestó sentimientos de tristeza y angustia ante el sufrimiento del enfermo y su familia; sin embargo, el 100% expresó una fuerte disposición a brindar cuidados integrales, priorizando el confort, la dignidad y el acompañamiento, también el 90% resaltó la importancia de un cuidado holístico. Concluyendo que el personal de enfermería demuestra alta empatía y compromiso ético, orientando su labor hacia una atención compasiva y una muerte digna para el paciente.

2.2. Bases teóricas

Primera variable: Estrategias de afrontamiento

El afrontamiento se conceptualiza como un constructo psicológico que integra una serie diversa de procesos cognitivos, emocionales y comportamentales que los sujetos emplean para manejar las demandas internas o externas que superan sus recursos disponibles (31). Desde la concepción cognitiva conductual, implican esfuerzos cognitivos y conductuales que las personas emplean para manejar las demandas internas y externas que superan o ponen a prueba sus recursos personales, es decir, forman parte de un proceso dinámico y en constante cambio, orientado a manejar situaciones estresantes mediante mecanismos de reducción, minimización, tolerancia o control (5).

Povedano et al. (6), consideran que las estrategias de afrontamiento comprenden conductas específicas dirigidas a modificar el estímulo estresor y a regular las respuestas emocionales que éste genera en los individuos, por consiguiente, estos mecanismos implican tanto la identificación y acción sobre el factor estresante como el manejo de las consecuencias que este produce. Específicamente el afrontamiento de la muerte se refiere a la capacidad para pensar positivamente sobre la vida y la muerte, así como lidiar activamente con las emociones negativas que se suscitan ante este fenómeno, brindando cuidados paliativos adecuados a los pacientes, es decir, afrontar la muerte refleja la calidad de cuidados paliativos que brinda una persona (11).

Las estrategias de afrontamiento han sido estudiadas primeramente desde el modelo médico, pasando por el psicoanálisis y la psicología cognitiva, y a través de diversos modelos se ha intentado dar una explicación a las acciones que realizan los individuos para ser funcionales ante eventos críticos de su entorno; a nivel fisiológico los estudios médicos del afrontamiento en un principio plantearon que la supervivencia del ser humano dependía de la capacidad para poder predecir y controlar el entorno para poder sobrellevar y hasta dominar los agentes de peligro circundantes (32).

Las estrategias de afrontamiento no se utilizan de manera uniforme, sino que su selección y efectividad dependen de múltiples factores individuales, sociales y contextuales que modulan la respuesta ante el estrés (23). En el ámbito hospitalario, el afrontamiento abarca acciones a nivel individual, interpersonal e institucional, a nivel individual las acciones orientadas a la acción minimizan la ansiedad que produce

la muerte, mejorando el bienestar; a nivel interpersonal, implican las acciones y apoyo de las relaciones cercanas; asimismo a nivel institucional se promueve la salud mental mediante la accesibilidad a los recursos y entornos laborales de apoyo (33).

La percepción que tiene el individuo sobre su capacidad para manejar una situación estresante aclara la elección de las estrategias, puesto que cuando la persona evalúa que tiene control sobre el problema, tiende a utilizar estrategias centradas en la solución; en cambio, si percibe poca capacidad de control, prefiere estrategias emocionales o de evitación (34). Los individuos que tienen una mayor capacidad para regular emociones y afrontar dificultades tienden a emplear afrontamiento activo, esto se asocia con algunos constructos como la inteligencia emocional, la resiliencia y autoestima, no obstante, los valores culturales y la ética de la persona también condicionan el uso de ciertas estrategias (35).

Tipologías del afrontamiento

Existen diversas tipologías alrededor de las estrategias de afrontamiento. El Modelo de transaccional, las agrupa según su orientación en dos categorías fundamentales, afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en las emociones, planteando que evaluación cognitiva primaria y secundaria del evento estresante orienta la selección de las estrategias de afrontamiento (31). El modelo de aproximación - evitación., que distingue acciones utilizadas para acercarse al problema y acciones para alejarse del problema, enfatiza la dirección activa o evasiva de las acciones frente al estresor, incorporando la perspectiva de la autorregulación (34).

El modelo adaptativo - desadaptativo que resalta que, el afrontamiento adaptativo constituye acciones que suelen conducir a resultados favorables a largo plazo, mientras que las acciones desadaptativas pueden ofrecer un alivio momentáneo, pero con posibles consecuencias negativas posteriores (36). Por otro lado, el modelo que diferencia las estrategias de afrontamiento centrado en la tarea, en la emoción y en la evitación, el cual es el que comúnmente se utiliza en estudios del ámbito de la salud y ha sido validada en diversos estudios contemporáneos (11,31).

Tipologías menos utilizadas en el ámbito de la salud incluyen el modelo de Frydenberg que clasifica las estrategias en tres estilos: productivo (acciones dirigidas a resolver el problema), no productivo (sentimientos de culpa, aislamiento, evasión) y orientado a otros (búsqueda de apoyo social, profesional o espiritual). Asimismo, el

modelo multiaxial que propone distinguir entre afrontamiento activo con el pasivo, prosocial con el antisocial, y directo con el indirecto, aportando una visión compleja de las estrategias (37).

Dimensiones de las Estrategias de Afrontamiento

a) Afrontamiento centrado en el problema

Esta dimensión implica esfuerzos dirigidos a modificar o eliminar la fuente del estrés mediante acciones concretas o planificación, por ello incluyen estrategias activas que buscan resolver el conflicto o la dificultad directamente, son estrategias que se asocian con mayor resiliencia y bienestar (31).

Estas estrategias son más utilizadas por lo general en condiciones controlables del estresor, ya que, el núcleo de esta estrategia parte de la premisa de que el estresor es, al menos en cierta medida, controlable y modificable; ante ello, diversos estudios recientes han corroborado que este tipo de afrontamiento está robustamente asociado con una mayor resiliencia, un mejor bienestar psicológico general y resultados adaptativos más positivos (35). Existen estrategias específicas que se asocia al afrontamiento centrado en el problema, las cuales por lo general implican una implementación secuencial, tales como (21):

Delimitar y analizar el Problema: El cual es el paso inicial por lo que es esencial, y engloba la identificación clara del estresor, su naturaleza, sus componentes y sus implicancias en el problema que atañe.

Búsqueda activa de información: Implica la recopilación de datos relevantes, conocimientos y todo lo necesario que permita informarse para la toma de decisiones y la búsqueda de soluciones, esto engloba la consulta a expertos o el dialogo con personas que hayan enfrentado situaciones similares.

Generar soluciones alternativas: Es necesario canalizar y visualizar posibles escenarios y cursos de acción para abordar el problema lo cual implica un pensamiento divergente y creativo para explorar las vías de resolución.

Evaluar opciones: Las diversas opciones de solución deben someterse y sopesar los pros y contras de cada solución potencial, considerando su viabilidad, sus consecuencias y su alineación con los objetivos personales.

Planificar la acción concreta: Elaborar y diseñar un plan de acción estructurado y secuencial, ayuda a desglosar el problema en tareas manejables y establecer plazos realistas.

Ejecutar el Plan: Implica poner en marcha las acciones planificadas para resolver el problema, monitorear el progreso y realizar ajustes según sea necesario.

La aplicación de estas estrategias ha demostrado ser de gran utilidad en diversos ámbitos, la planificación y la resolución activa de problemas se ha documentado que son factores predictores de buenos niveles de resiliencia; en este sentido, aparece la flexibilidad de afrontamiento que implica la adaptabilidad en el uso de técnicas orientadas al problema, es decir que pueden irse ajustando de acuerdo al grado de control percibido que ejerce el estresor, siendo un factor clave para el bienestar (23). Estas estrategias contribuyen a la reducción de los niveles de tensión, y facilitan el establecimiento de objetivos conductuales específicos que conducen a una mejor adaptación a largo plazo (29).

b) Afrontamiento centrado en la emoción

En esta dimensión implica que el individuo intenta regular la respuesta emocional generada por la situación estresante, sin necesariamente cambiar la fuente del estrés, e incluye técnicas como la aceptación, la expresión emocional o la búsqueda de apoyo social para manejar el malestar (36). Estas estrategias suelen ser más utilizadas por lo general en condiciones cuando el estresor es incontrolable, inmutable o ineludible, como en situaciones de duelo, enfermedades crónicas, traumas severos o pérdidas cercanas sobre las cuales el individuo carece de control directo (35). El objetivo primordial de este tipo de afrontamiento no se centra en resolver el problema externo, en vez de ello, se centra en aminorar el impacto emocional negativo y reducir el malestar psicológico asociado para preservar la homeostasis interna.

Dentro de esta categoría, se agrupan diversas de técnicas y comportamientos que buscan la modulación o regulación emocional (36):

Aceptación: Implica reconocer y asumir la realidad de la situación y las emociones asociadas, sin intentar negarlas, reprimirlas o cambiarlas de forma inmediata, en otras palabras, es un acto de rendición ante lo inmutable.

Reinterpretación positiva: Consiste en buscar el lado positivo de la situación, reencuadrar el evento estresante para encontrar significado, aprendizaje, oportunidades de crecimiento personal o apreciar aspectos que antes no eran visibles.

Expresión emocional: Es decir, el desahogo, que implica compartir los sentimientos y pensamientos con otros, ya sea verbalmente con amistades o

familiares, así como haciendo uso de otros medios como la escritura en un diario, la expresión artística, entre otros.

Búsqueda de apoyo social: Solicitar consuelo, empatía, comprensión, validación o consejo de amigos, familiares, grupos de apoyo o profesionales de la salud mental. Este apoyo puede ser tanto emocional como instrumental.

Autocuidado y manejo fisiológico del Estrés: Incluye actividades que promueven el bienestar físico y mental, como técnicas de relajación (respiración profunda, meditación), yoga, ejercicio físico regular, alimentación saludable, sueño adecuado o la inmersión en pasatiempos placenteros

Religión y espiritualidad: Encontrar consuelo, esperanza, significado o propósito a través de creencias espirituales, prácticas religiosas o una conexión con algo trascendente.

Se ha documentado, la importancia y la complejidad de estas estrategias, donde la regulación emocional efectiva y el capital psicológico positivo son componentes esenciales para el afrontamiento positivo y un mejor resultado psicológico, lo que implica que gestionar las propias emociones es un prerrequisito para el bienestar y la adaptación. Incluso existen terapias, como la Terapia Centrada en la Emoción (TCE), la cual es una intervención psicoterapéutica basada en la evidencia, que ha demostrado ser efectiva para mejorar la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento en diversas poblaciones, incluyendo mujeres con síntomas somáticos, lo que indica que el desarrollo consciente de habilidades emocionales puede conducir a estrategias de afrontamiento más saludables (25).

La regulación emocional eficaz es un pilar fundamental para la salud mental y el bienestar, ya que ayuda a prevenir el agotamiento en entornos de alto estrés, sin embargo, la efectividad de este tipo de afrontamiento tiene diversos matices y depende críticamente como se aplica a la situación (27). Estrategias como la búsqueda de apoyo social y la reinterpretación positiva son generalmente adaptativas y promueven la resiliencia, pero un uso excesivo o desadaptativo de ciertas formas de expresión emocional, como la rumiación persistente sobre el estresor o un desahogo sin búsqueda de solución, puede prolongar el malestar (38).

c) Afrontamiento centrado en la evitación

Se caracteriza por intentar impedir o distraer la atención del problema, mediante actividades que alejan al individuo del foco estresante, como la distracción o la negación, aunque puede ser funcional a corto plazo, su uso prolongado se asocia con consecuencias negativas (34). Estas estrategias suelen aparecer mayormente cuando el individuo tiene mayor predisposición a aplazar el afrontamiento activo, debido a la necesidad de planificar y acopiar los recursos psicosociales previo al afrontamiento del conflicto (35).

A menudo, se considera una estrategia potencialmente mal adaptativa si su uso es predominante, rígido o sostenido a largo plazo, e incluye una variedad de tácticas, tales como la distracción, la negación, la represión, el desapego emocional, el autoaislamiento o incluso el uso de sustancias (alcohol, drogas) para escapar temporalmente de la realidad o de las emociones asociadas al estresor. Puede manifestarse como un pensamiento mágico o irreal, que exprese la no ocurrencia del evento, la posposición crónica de tareas, es decir la procrastinación, o la inmersión excesiva en actividades secundarias para evitar pensar en el problema principal (10).

Si bien el afrontamiento evitativo puede ofrecer beneficios a corto plazo, como un respiro momentáneo del estrés agudo, una reducción temporal de la ansiedad o la oportunidad de reorganizar recursos psicosociales antes de un afrontamiento más activo, su uso prolongado, exclusivo o inflexible se asocia consistentemente con consecuencias negativas y resultados desadaptativos para la salud mental, el bienestar físico y la resolución efectiva del problema (37). En poblaciones expuestas a trauma, como en el caso de una guerra, el afrontamiento evitativo ha sido robustamente correlacionado con un mayor riesgo y severidad del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), ya que impide la elaboración y el procesamiento necesario del evento traumático (14).

El afrontamiento evitativo, puede obstaculizar la resiliencia al prolongar el malestar emocional, impedir el procesamiento adecuado de los estresores y evitar la adopción de soluciones efectivas; entre los factores de riesgo asociados con un mayor uso del afrontamiento evitativo incluyen el género masculino, la vulnerabilidad económica, las adversidades financieras, las experiencias adversas en la infancia y ciertos rasgos de personalidad (13). La supresión de emociones, la falta de comunicación emocional y el aislamiento social son consideradas también estrategias de afrontamiento peligrosas o desadaptativas que, si bien pueden ofrecer alivio

inmediato, impiden un afrontamiento efectivo a largo plazo y comprometen las relaciones interpersonales (25).

Teorías sobre las estrategias de afrontamiento

La Teoría de Lazarus y Folkman, define el afrontamiento como un proceso dinámico que involucra evaluaciones cognitivas primarias y secundarias para manejar demandas internas o externas percibidas como amenazantes o desbordantes, y diferencia entre estrategias orientadas al problema y a la emoción, enfatizando la función adaptativa del afrontamiento para mantener el equilibrio psicológico, a su vez es la base conceptual más utilizada en estudios contemporáneos (31,34).

Teoría de Aproximación-Evitación: Postula que las personas enfrentan el estrés mediante dos estrategias básicas: aproximación, que incluyen estrategias basadas en enfrentar directamente el estresor, y evitación, que incluyen estrategias basadas en alejarse o negar el problema, esta teoría es un punto de partida para entender la función adaptativa o desadaptativa de las estrategias de afrontamiento y su impacto en la salud mental (5).

Modelo Multiaxial de Moss y Schaefer: Presenta una clasificación basada en ejes que incluyen afrontamiento activo - pasivo, prosocial - antisocial y directo - indirecto, proporcionando una perspectiva amplia que considera la interacción entre rasgos personales, contextuales y sociales (37).

Estrategias de afrontamiento en el ámbito de la salud

El ámbito clínico representa un buen entorno para el estudio de las estrategias de afrontamiento, dado que tanto los profesionales de la salud como los pacientes enfrentan situaciones de alta demanda emocional y física (11). Las estrategias de afrontamiento son esenciales para manejar el estrés laboral, especialmente en áreas de mayor cuidado hacia pacientes como los cuidados intensivos o de cuidados paliativos (5). Algunos estudios resaltan que el personal de salud suele utilizar con mayor ahínco las estrategias orientadas al problema, como la solución de problemas las cuales ayudan a llevar una mejor relación con sus familias, y en segunda instancia las que hacen uso de la religión o espiritualidad, mientras que la evitación emocional también es común, aunque en menor medida (36).

En áreas como de cuidados intensivos o paliativos, se suelen experimentar mayores problemas éticos, sobre todo debido a que también se suele generar un vínculo entre las enfermeras y lo pacientes, las cuales, al estar más involucradas emocionalmente, presentan mayores dificultades para resolver sus posturas de

actuar de forma personal y profesional, algunos de los factores estresores corresponden a los recursos limitados, la exigencia de productividad, la mala planificación temporal y en la rotación o escasez del personal (38). Asimismo, se resalta que las estrategias de afrontamiento que resaltan en el personal de la salud son las orientadas a mejorar la resiliencia (5).

En el personal de enfermería, la solución de problemas es de la estrategia predominante sobre todo en enfermeras que llevan mayor cantidad de años de servicio, seguido de estrategias basadas en la espiritualidad y las creencias religiosas, que proporcionan sentido y esperanza en contextos clínicos adversos (34). Durante la pandemia, tanto la resolución de problemas como la regulación de las emociones, la actitud positiva y la resiliencia fueron las que actuaron como mediadoras entre las enfermeras y su entorno, a través de las acciones en su dimensión emoción transmitieron aspectos positivos de afrontar la angustia, lo cual realza el papel adaptativo de la persona ante eventos estresantes para sobrellevar su salud mental (38).

Las diferentes estrategias de afrontamiento producen diversas repercusiones en la satisfacción laboral y el estado de ánimo de las enfermeras, las orientadas al problema se asocian positivamente con la salud mental y esta se asocia de forma negativa con las centradas en las emociones, por otro lado, las evitativas se asocian negativamente con la salud mental (37). La relación entre estrategias de afrontamiento y salud mental es bidireccional, puesto que un afrontamiento adecuadamente manejado se asocia con menor una ansiedad, depresión y estrés postraumático, por otro lado, la evitación incrementa la vulnerabilidad a trastornos psicológico (8). Asimismo, el autocuidado y la relajación constituyen estrategias complementarias que contribuyen a la reducción del estrés y la prevención del burnout (21).

En el ámbito de la salud, el personal de enfermería enfrenta situaciones de estrés de diversas formas, abordando directamente los problemas o, en ocasiones, eligiendo vías evasivas para reducir temporalmente el malestar emocional (11). El entorno social y el soporte recibido son factores protectores que facilitan el uso de estrategias como la búsqueda de apoyo social y la solución de problemas (6). Algunos estudios demuestran que variables como la edad, el género y el nivel educativo influyen en la predisposición al uso de ciertas estrategias, en el ámbito clínico estas

variables se han asociado con estrategias como la solución de problemas, las creencias religiosas y la evitación emocional (37).

Segunda variable: Actitud hacia la muerte

La muerte y lo que implica estar conscientes de ella, es un componente central de la condición humana, y su estudio es cada vez más relevante en el campo de la psicología clínica social y de la salud (4). La actitud se entiende como un estado mental cognitivo y emocional condicionado a la experiencia personal, la cultura y el contexto social, que predisponen las respuestas que una persona realiza en el mundo que le rodea (10). Las actitudes pueden ser neutras, positivas o negativas, de acuerdo a la situación, poseen un carácter emocional interno y externo, propio de la naturaleza humana (25).

Por otro lado, la muerte es vista como un fin común para las personas, además de que es muy especial y subjetiva, así como las actitudes que se tienen hacia ella, todo este compendio de predisposiciones tiene una naturaleza multifactorial (28). La muerte es inherente a todo ser vivo, en el ser humano en específico viene acompañado de procesos reflexivos, y ha sido objeto de debate durante mucho tiempo, por todo lo que implica, todos los aspectos de la vida diaria están supeditados a este proceso (18).

Concretamente, la actitud hacia la muerte se concibe como el conjunto de sentimientos, emociones y percepciones, y disposiciones psicológicas personales en relación a fugacidad de una vida ya sea la propia o de otra persona (3). Las actitudes hacia la muerte varían, pues cada persona moldea su actitud acorde a los objetivos que persigue y de qué forma los experimenta, en este sentido la singularidad de la personalidad humana es la que hace este fenómeno complejo y diferencial (2).

Las actitudes frente a la muerte pueden entenderse desde tres componentes, el componente cognitivo abarca lo que las personas piensan, creen o conocen sobre la muerte; incluye ideas religiosas o espirituales (pasaje) y la visión de la muerte como escape (salida); el componente afectivo por su parte recoge las emociones vinculadas, ya sean de aceptación serena del proceso o de rechazo emocional, como el miedo o la negación (evitación); el componente conductual abarca las reacciones o comportamientos concretos frente a la muerte, donde destaca la manifestación del temor como una respuesta común ante el proceso de morir (13).

Las actitudes negativas como el miedo a la muerte se estrechamente con estados mentales negativos como la ansiedad, la depresión y la desesperanza, lo

cual repercute en el profesional de enfermería empezando por su cansancio e insatisfacción laboral y menor empatía (2). Por otro lado, las actitudes positivas brindan otro escenario, donde la aceptación de la muerte se vuelve sustancial, la cual está asociada con la creencia de que existe vida luego de la muerte, lo cual ayuda al paciente (3).

Dimensiones de la actitud hacia la muerte

a) Actitud de temor hacia el cuidado

Esta actitud se refiere al miedo o ansiedad que los profesionales de la salud y cuidadores pueden experimentar al brindar cuidados a pacientes en proceso de morir, el temor puede estar relacionado con la incertidumbre sobre cómo manejar el sufrimiento, la muerte inminente y las propias emociones frente a la muerte, y suele afectar negativamente generando barreras en la atención paliativa (19).

Este temor se manifiesta de maneras distintas, pues los profesionales de la salud pueden sentir incertidumbre sobre cómo aliviar el dolor físico y emocional del paciente, cómo responder a preguntas existenciales o cómo manejar situaciones de crisis en los últimos momentos (39). La sensación de impotencia ante la progresión irreversible de una enfermedad y la inminencia de la muerte también puede generar frustración y angustia; a la par puede reavivar miedos personales sobre la propia mortalidad o la de seres queridos, lo cual agrega una capa de complejidad emocional a la labor del cuidado (24).

La calidad de la atención paliativa puede verse agravada, y crear barreras, como en la evitación de conversaciones difíciles sobre el pronóstico, e incluso la evitación física de los pacientes moribundos, tales conductas pueden llevar a una comunicación deficiente, a la insuficiente gestión de síntomas y a una falta de apoyo emocional tanto para el paciente como para su familia (28). Entre profesionales del área de la salud un mayor miedo a la muerte suele asociarse con niveles más bajos de satisfacción laboral y mayor agotamiento emocional, lo que a su vez impacta la calidad del cuidado (11).

Cabe resaltar, que actitud de temor puede desencadenar el síndrome de burnout en los profesionales, sobre todo a una exposición repetida al sufrimiento y la muerte, sin adecuado apoyo y estrategias de afrontamiento, lo cual puede llevar a un agotamiento emocional, despersonalización y una baja realización personal; este agotamiento perjudica al profesional, pues reduce su capacidad empática y su efectividad en la provisión de un cuidado compasivo (15).

b) Actitud comunicativa

La predisposición para comunicarse y transmitir información es fundamental en el cuidado al final de la vida, brindar sobre todo malas noticias, con empatía, respeto y claridad, contribuye a mejorar la relación entre el cuidador, paciente y su familia, y facilita la toma de decisiones compartidas (8).

La comunicación en el cuidado al final de la vida abarca una amplia gama de temáticas, que incluyen la explicación del pronóstico y las opciones de tratamiento, la gestión de síntomas, el apoyo emocional, entre otros (16). Una comunicación abierta y bidireccional es esencial para empoderar a los pacientes y sus familias, permitiéndoles participar activamente en la toma de decisiones compartidas; cuando los cuidadores demuestran una actitud comunicativa receptiva, se crea un ambiente donde el paciente se siente escuchado, validado y respetado (17).

Entre las tareas más desafiantes en este aspecto es la comunicación de malas noticias, pues implica además de informar, también preparar al receptor, adaptar el lenguaje, y ofrecer apoyo emocional; la ausencia de una actitud comunicativa apropiada puede llevar a malentendidos, expectativas irrealistas, sentimientos de abandono o traición, y un aumento del distrés psicológico en pacientes y familiares, por el contrario, una comunicación efectiva puede reducir la ansiedad, facilitar el proceso de duelo anticipado y mejorar la satisfacción general con el cuidado (39).

La formación en habilidades de comunicación es vital para desarrollar esta actitud, por lo cual, programas que imparten técnicas de escucha activa, cómo manejar el silencio, cómo responder a preguntas difíciles, y cómo validar emociones, son esenciales para los profesionales de la salud; para los cuidadores familiares, el apoyo y la orientación sobre cómo hablar con sus seres queridos sobre la muerte y el morir pueden ser igualmente transformadores (30).

c) Actitud hacia el apoyo familiar

Esta actitud implica reconocer la importancia y rol central de la familia como parte del sistema de soporte emocional y físico, y la disposición para involucrarla en el proceso de cuidado, para favorecer la calidad de vida del paciente y reducir la carga emocional que trae consigo el proceso de muerte (19).

Por lo general, la familia es la unidad de cuidado para el paciente, por lo que su involucramiento en las decisiones, la planificación del cuidado y la provisión de apoyo diario es crucial para el bienestar del paciente, por tanto, una actitud positiva hacia su apoyo se traduce en ver a la familia como un recurso valioso y no como una

carga o un obstáculo, y se denota en el diálogo abierto, la consideración de las preocupaciones familiares, el respeto por sus creencias culturales y religiosas en relación con la muerte, y la facilitación de su participación en el entorno de cuidado (39).

El apoyo familiar favorece la calidad de vida del paciente al asegurar que sus necesidades y deseos sean atendidos de manera holística, y es vital para reducir la carga emocional que trae consigo el proceso de muerte y duelo. Cuando la familia se siente apoyada y reconocida, su propia capacidad de afrontamiento mejora, lo que a su vez beneficia al paciente, este soporte social familiar es un factor protector contra el estrés psicológico en pacientes y cuidadores (30).

Una actitud hacia el apoyo familiar por parte de los profesionales de la salud, implica también proporcionar a los integrantes de la familia las herramientas y la información necesarias para cuidar al paciente en casa, para entender la progresión de la enfermedad y para prepararse para el duelo, lo cual incluye educación sobre el manejo de síntomas, técnicas de cuidado físico y estrategias para el autocuidado del cuidador familiar (25).

d) Actitud hacia el cuidado activo

Es la disposición para proporcionar cuidados integrales que aborden además de los síntomas físicos, el bienestar emocional, social y espiritual del paciente, este cuidado activo implica un compromiso profesional para aliviar el sufrimiento y respetar la dignidad del paciente hasta el final de su vida (13).

La actitud hacia el cuidado activo encapsula la disposición y el compromiso tanto profesional como personal de proporcionar cuidados integrales y holísticos que trascienden la mera gestión de los síntomas físicos del paciente, esta dimensión es la piedra angular de la filosofía de los cuidados paliativos, cuyo objetivo primordial es mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades graves y sus familias desde el diagnóstico hasta el final de la vida (17).

El cuidado activo implica un compromiso inquebrantable con el alivio proactivo del sufrimiento y el respeto irrestricto de la dignidad del paciente en cada etapa de su enfermedad, conlleva un enfoque centrado en permitir al paciente vivir plenamente y con la mejor calidad posible el tiempo que le resta, optimizando su confort, autonomía y funciones (26). La literatura identifica alguna de esas acciones (39):

Manejo riguroso y continuo de síntomas: Se debe tener énfasis en el control del dolor, náuseas, disnea, fatiga y otros síntomas físicos que puedan comprometer severamente la calidad de vida del paciente.

Soporte psicoemocional: Implica abordar afecciones mentales como la ansiedad, la depresión, el miedo, la angustia existencial, la ira y la tristeza del paciente, ofreciendo escucha activa, contención emocional, consejería.

Atención a las necesidades sociales: Pues es preciso ayudar al paciente a mantener sus vínculos sociales más preponderantes, a resolver asuntos pendientes, a reconciliarse, asegurando que su entorno social sea lo más favorable y enriquecedor posible

Cuidado espiritual: Engloba el respetar profundamente las creencias, valores, esperanzas y miedos espirituales del paciente, ofreciendo apoyo religioso si es deseado, o facilitando la búsqueda de sentido y trascendencia en el proceso de morir.

La actitud hacia el cuidado activo implica una visión proactiva y anticipatoria, lo cual significa anticipar las necesidades cambiantes del paciente, planificar el cuidado de manera integral y continua, y reevaluar sistemáticamente las intervenciones para asegurar su máxima efectividad y pertinencia, si llegar a la reactividad, en este sentido, la colaboración interdisciplinaria es fundamental, involucrando a médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, nutricionistas y especialistas en cuidado espiritual (24).

e) Actitud hacia el cuidado de la familia

Esta actitud implica la extensión de la labor de cuidado del personal de salud también a la familia del paciente terminal puesto que es parte del proceso de morir y por ende sufre y necesita apoyo, el cual se brinda a través de la empatía, comunicación abierta y provisión de recursos para que puedan afrontar el duelo y la pérdida del familiar (18). Esta dimensión reconoce que el proceso de morir es una experiencia no aislada a la individualidad del paciente enfermo, por el contrario, impacta profundamente y atraviesa a toda la familia, la cual sufre, experimenta distrés y, por ende, necesita apoyo integral y recursos para afrontar la pérdida y el duelo (40).

Los cuidadores familiares, especialmente los principales, enfrentan una inmensa carga emocional y física, con altos riesgos de desarrollar ansiedad, depresión y síntomas de estrés postraumático, por ello es que su preparación en cuidados paliativos es un aspecto clave que influye en el bienestar relacional (24). Los profesionales de la salud especializados en cuidados paliativos deben prevenir, con

actitud proactiva, la conspiración del silencio, donde los familiares ocultan información al paciente por protección, lo cual genera aislamiento y distorsiona la comunicación, por el contrario, deben intervenir para romper estos patrones, facilitando un diálogo abierto y respetuoso de la autonomía del paciente (30). Al reconocer a la familia como una unidad de cuidado en sí misma y extender el apoyo a sus miembros, se promueve una resolución más saludable del duelo y se previene el duelo patológico, siendo recomendable que haya un seguimiento a la familia tras el fallecimiento del paciente (16).

El cuidado activo implica un compromiso inquebrantable con el alivio del sufrimiento y el respeto de la dignidad del paciente en todo momento, además de tratar la enfermedad implica vivir plenamente el tiempo que le queda al paciente, optimizando su confort y sus funciones, esto se traduce en (15):

Manejo riguroso de síntomas: Control del dolor, náuseas, disnea y otros síntomas físicos que puedan comprometer la calidad de vida del paciente.

Soporte emocional y psicológico: Abordar la ansiedad, la depresión, el miedo y la angustia existencial del paciente, ofreciendo escucha y contención.

Atención a las necesidades sociales: Ayudar al paciente a mantener conexiones sociales, resolver asuntos pendientes, y asegurar que su entorno social sea lo más favorable posible.

Cuidado espiritual: Respetar las creencias y valores espirituales del paciente, ofreciendo apoyo pastoral si es deseado, o facilitando la búsqueda de sentido y trascendencia en el proceso de morir.

f) Actitud relacional

Esta actitud enfatiza la importancia de las relaciones interpersonales en el cuidado al final de la vida, se caracteriza por la empatía, el respeto mutuo y la colaboración entre el equipo de salud, el paciente y su familia, creando un ambiente de confianza y apoyo emocional, el cual ayuda a sobrellevar la muerte y luego en el proceso de duelo (10). La base de la actitud relacional se sustenta en la capacidad de establecer una conexión humana genuina, lo cual implica salir del rol profesional o familiar para reconocer la humanidad compartida en el proceso de morir, otro concepto central es la empatía, que permite al cuidador comprender y compartir los sentimientos del paciente y la familia, mientras que el respeto mutuo asegura que todas las voces sean escuchadas y valoradas (40).

La colaboración es otro pilar, en los cuidados paliativos, el equipo de salud trabaja en conjunto con el paciente y su familia, reconociéndolos como expertos en su propia experiencia y como socios en la toma de decisiones, esto fomenta un sentido de agencia y participación, donde el paciente no es un receptor pasivo de cuidado, sino un actor central en su propio proceso de morir (17). Una actitud relacional sólida ayuda a sobrellevar la angustia y el miedo asociados con la muerte, proporcionando un anclaje emocional en momentos de incertidumbre, crea un espacio seguro donde se puedan expresar miedos, esperanzas y arrepentimientos sin juicio entre paciente y entorno, además, es fundamental para facilitar el proceso de duelo posterior (13).

La presencia de una actitud relacional es un factor clave en la prevención del aislamiento y la soledad en los pacientes terminales y sus familias; al fomentar la conexión y el apoyo mutuo, se fortalece la red de cuidado, transformando el proceso de morir en una experiencia compartida y acompañada, en lugar de una lucha solitaria (30). Las familias que han experimentado un cuidado relacional positivo suelen reportar un duelo menos complicado, ya que sienten que su ser querido fue tratado con la máxima dignidad, amor y respeto al final (8). Al fomentar la conexión humana y el apoyo mutuo, se fortalece la red de cuidado, transformando el proceso de morir de una experiencia potencialmente solitaria y de temor en una jornada compartida, acompañada y, en la medida de lo posible, plena de significado y conexión (26).

Teorías relacionadas a la actitud hacia la muerte

Teoría del Manejo del Terror. Esta teoría proviene del enfoque de la psicología existencialista, y sostiene que el miedo a la muerte es una motivación fundamental que impulsa y moldea la conducta de los individuos a buscar sentido y seguridad, esta teoría que cada individuo desarrolla mecanismos de defensa culturales y psicológicos que reducen la ansiedad existencial generada por la conciencia de la mortalidad (41).

Teoría del Cuidado Transpersonal. Esta teoría plantea que el cuidado humano va más allá de lo físico, integrando aspectos relacionales, espirituales y emocionales, enfatizando en la importancia de valorar la existencia del ser humano, la conexión humana y la humanización del cuidado al final de la vida, promoviendo un enfoque holístico que respeta la dignidad y la trascendencia del paciente en el proceso de morir. Resalta que el toque afectivo a través de la relación se transforma en una actitud, expresándose en la sensibilidad y capacidad del cuidador para establecer relaciones auténticas y humanísticas con el paciente y su familia (42).

Teoría Humanista-Existencialista. Esta teoría propone una visión más integral del ser humano, considerando esenciales los sentimientos, pensamientos internos y vivencias personales, se centra en enfoques como la terapia centrada en el cuidado de la salud o la terapia existencial, todas centradas en comprender la experiencia humana. Al considerar a cada persona un ser completo, con historia, valores y emociones, fomenta una atención compasiva, respetuosa y centrada en la calidad de vida durante la etapa terminal, priorizando las necesidades emocionales, psicológicas y espirituales de cada individuo (43).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Ha= Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y actitud sobre muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras de un hospital nacional Lima 2025.

Ho= No existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y actitud sobre muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras de un hospital nacional Lima 2025.

2.3.2. Hipótesis específicas

H1= Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento en su dimensión problema con la actitud hacia la muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras de un hospital nacional Lima 2025.

Ho= No existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento en su dimensión problema con la actitud hacia la muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras de un hospital nacional Lima 2025.

H2= Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento en su dimensión emoción con la actitud hacia la muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras de un hospital nacional Lima 2025.

Ho= No existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento en su dimensión emoción con la actitud hacia la muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras de un hospital nacional Lima 2025.

H3= Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento en su dimensión evitación con la actitud hacia la muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras de un hospital nacional Lima 2025.

Ho= No existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento en su dimensión evitación con la actitud hacia la muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras de un hospital nacional Lima 2025.

2.4. Variables y su operacionalización

Variable 1: Estrategias de afrontamiento

Variable 2: Actitud hacia la muerte

Tabla 1: operacionalización de variables

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
Estrategias de afrontamiento	Son los esfuerzos cognitivos y conductuales realizados por un individuo para enfrentar las demandas internas y externas que perciben como desafiantes, estresantes o amenazantes para su bienestar (7).	La variable se medirá aplicando el cuestionario sobre estrategias de afrontamiento BRIEF COPE (31).	Dimensión problema	Afrontamiento activo Planificación Búsqueda de apoyo instrumental	Ordinal
			Dimensión emoción	Replanteamiento positivo Aceptación Apoyo emocional Deshago Humor Religión	
			Dimensión evitación	Uso de sustancias Desconexión conductual Negación Autoculpa Auto distracción	

Actitud sobre la muerte	Es el conjunto de sentimientos, emociones y percepciones, y disposiciones psicológicas personales en relación a la pérdida de una vida ya sea la propia o de otra persona (5).	La variable se medirá aplicando el cuestionario sobre Actitud sobre el cuidado del paciente terminal FATCOD-B (39).	Actitud de temor hacia el cuidado	Predisposición al cuidado Aversión al cuidado Barreras emocionales	Ordinal
			Actitud comunicativa	Rol comunicativo Ética comunicativa Concepción intrapersonal	
			Actitud hacia el apoyo familiar	Involucramiento familiar Estabilidad familiar	
			Actitud hacia el cuidado activo	Toma de decisiones Consideraciones del cuidado	
			Actitud hacia el cuidado de la familia	Continuidad del cuidado Apoyo emocional	
			Actitud relacional	Calidad del vínculo Interiorización del duelo	

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Método de la investigación

El estudio se desarrolla bajo el método hipotético-deductivo, el cual parte de la observación sistemática de fenómenos en un contexto real para plantear hipótesis explicativas que posteriormente son sometidas a contrastación empírica. Este método resulta pertinente en investigaciones que buscan comprobar supuestos a través de experimentación o confrontación de la experiencia (44).

3.2. Enfoque de la investigación

La investigación es de enfoque cuantitativo. El enfoque cuantitativo está orientado a la medición objetiva de los fenómenos y a la obtención de datos numéricos que pudieran ser procesados mediante técnicas estadísticas (45).

3.3. Tipo de investigación

El estudio es básico, pues su finalidad principal fue ampliar el conocimiento teórico sobre las actitudes y estrategias psicológicas empleadas por profesionales de enfermería ante el cuidado de pacientes en fase terminal, no se persiguió un efecto práctico inmediato, sino contribuir a la comprensión académica del fenómeno (44).

En cuanto a su alcance, es correlacional. Los estudios correlacionales, permiten analizar cómo se relacionan dos o más constructos, sin que ello implique establecer relaciones de causalidad estricta (45).

3.4. Diseño de la investigación

El diseño es no experimental, de corte transversal. En este tipo de diseño, el investigador no interviene en las variables ni controla los fenómenos, sino que observa los hechos tal como se presentan en su contexto natural (45). El carácter transversal se explica porque la información se recolectó en un único momento del tiempo, durante el año 2025.

3.5. Población, muestra y muestreo

Población:

La población se constituirá por las 187 enfermeras que laboraban en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, institución de referencia nacional en la atención de pacientes de alta complejidad.

Muestra:

La muestra estará conformada por 126 enfermeras del servicio de medicina interna, que serán elegidas al azar, debido a que es una muestra de tipo probabilística.

Muestreo:

El muestreo será no probabilístico aleatorio simple. Este tipo de muestreo hace uso de fórmulas estadísticas donde cada persona de grupo poblacional tiene la misma probabilidad de ser elegido, es decir la elección es por el azar (46). Dado que la población es finita y conocida, se aplicó la fórmula para el cálculo de muestra, la cual se expresa de la siguiente manera:

$$n = \frac{187 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 + (187 - 1) \times (1.96)^2}$$

$$n = \frac{179.59}{1.42}$$

$$n = 125.99 \approx 126$$

Donde el grupo poblacional N es 172; los valores estándar son los siguientes: Z es 1.96; p y q (valores probables de éxito y fracaso) son de 0.5 cada uno, y el valor estándar del error E es 0.05.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**3.6.1. Técnica**

La técnica a emplear es la encuesta, la cual permite recolectar información estructurada de manera eficiente y estandarizada directamente de los participantes. La encuesta posibilita obtener respuestas individuales sobre percepciones, actitudes y comportamientos, lo que facilita el análisis cuantitativo posterior (45).

3.6.2. Descripción de los instrumentos

Se aplicaron dos cuestionarios previamente adaptados y validados en investigaciones similares:

Instrumento 1: Cuestionario BRIEF COPE

Para evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas en situaciones de estrés. Está compuesto por 26 ítems organizados en una escala tipo Likert de cinco puntos (1 = nunca, 5 = siempre). Evalúa estrategias tanto de afrontamiento activo (búsqueda de apoyo, resolución de problemas, reinterpretación positiva) como de evitación (negación, consumo de sustancias, desconexión). Los niveles de estrategias de afrontamiento se realizan mediante la siguiente puntuación:

Bueno (96 – 130)

Regular (61 – 95)

Deficiente (26 – 60)

Instrumento 2: Cuestionario FATCOD-B

Orientado a medir la actitud hacia la muerte y el cuidado de pacientes terminales en personal de enfermería. Consta de 28 afirmaciones valoradas en escala Likert de cinco opciones (1 = totalmente en desacuerdo, 5 = totalmente de acuerdo). Sus ítems exploran aspectos emocionales, cognitivos y conductuales relacionados con la atención a pacientes en fase final de vida y su entorno familiar.

Actitud favorable (104 – 140)

Actitud indiferente (66 – 103)

Actitud desfavorable (28 – 65)

3.6.3. Validación

La validez de contenido se constató mediante la revisión de juicio de expertos, realizado en investigaciones previas; el cuestionario BRIEF COPE versión en español fue validado por Zeladita et al. (31), y el cuestionario FATCOD B versión en español fue validado por Herrero et al. (47). La revisión por juicio de expertos consiste en que tres profesionales con experiencia en cuidados paliativos y en metodología de la investigación evaluaron la coherencia, pertinencia y claridad de los ítems de cada cuestionario, permitiendo también realizar ajustes menores de redacción y asegurar que los instrumentos midieran de manera precisa los constructos propuestos (46).

3.6.4. Confiabilidad

La confiabilidad está determinada por el coeficiente alfa de Cronbach, técnica estadística que estima la consistencia interna de un instrumento. Para el cuestionario BRIEF COPE se tiene un valor de 0.91 (31), y para el cuestionario FATCOD se tiene un valor de 0.79 (47). Valores superiores a 0.70 indican confiabilidad aceptable, valores mayores a 0.80 se consideran buenos y aquellos superiores a 0.90, excelentes (46). El análisis de confiabilidad se aplicó a cada uno de los cuestionarios por separado en investigaciones previas, obteniéndose valores mayores a 0.75, lo cual indica una alta confiabilidad para ambos instrumentos.

3.7. Procedimientos para la recolección de datos

El proceso se llevó a cabo en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, específicamente en el servicio de medicina interna, donde el personal de enfermería atiende a pacientes en estado terminal. En primer lugar, se gestionarán los permisos institucionales ante la Dirección de la institución, con el propósito de asegurar que la investigación cumpliera con las normativas administrativas, éticas y legales vigentes.

Una vez otorgadas las autorizaciones, se procederá a la fase de sensibilización donde las enfermeras participantes fueron informadas de manera clara sobre los fines del estudio, los beneficios esperados y la ausencia de riesgos significativos, haciendo énfasis en la naturaleza voluntaria de la participación, así como los mecanismos implementados para resguardar la confidencialidad de la información proporcionada.

Antes de aplicar los instrumentos, se brindará una explicación detallada sobre el procedimiento, resolviendo dudas y asegurando que todas comprendieran el propósito de la investigación. Posteriormente, se solicitará la firma del consentimiento informado. Los instrumentos se aplicarán de manera presencial, en espacios previamente acondicionados para garantizar privacidad y comodidad. Finalmente, los cuestionarios serán recopilados en formato físico y almacenados en carpetas codificadas, con acceso restringido únicamente al equipo investigador.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Una vez concluida la fase de recolección, se procederá al procesamiento de los datos. En primera instancia, las respuestas obtenidas serán codificadas y organizadas en matrices de Excel, para facilitar la sistematización inicial y permitir preparar la base para el análisis estadístico posterior.

Posteriormente, la información será procesada con el software estadístico SPSS v26, el cual permitirá realizar procedimientos tanto descriptivos como inferenciales, indispensables para alcanzar los objetivos del estudio.

Primeramente, se realizará el análisis descriptivo, donde se caracterizarán las frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar, con el fin de caracterizar a la muestra y describir la distribución de las respuestas en cada variable. Posteriormente, se realizará el análisis inferencial, aplicando primero la prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov, con el objetivo de determinar si los datos cumplían con el supuesto de distribución normal.

Si los datos no siguen una distribución normal, se empleará el coeficiente de correlación de Spearman, adecuado para variables ordinales o no paramétricas, si los datos cumplían el criterio de normalidad, se utilizará el coeficiente de correlación de Pearson. Posteriormente, los resultados se interpretarán a la luz del marco teórico y se contrastaron con antecedentes empíricos tanto nacionales como internacionales, para garantizar la validez interna del estudio y enriquecer la discusión académica.

3.9. Aspectos éticos

La investigación se desarrollará bajo un estricto compromiso con los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, en concordancia con lo establecido por la Declaración de Helsinki y las recomendaciones del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS).

Cada participante recibirá información suficiente y comprensible sobre los objetivos, procedimientos y posibles beneficios del estudio, asegurando la participación totalmente voluntaria. Para garantizar el anonimato, las respuestas serán codificadas, evitando que los datos pudieran asociarse con la identidad de cada enfermera. Además, la información se tratará con absoluta confidencialidad, siendo utilizada únicamente con fines académicos y de investigación.

Finalmente, se declarará la inexistencia de conflictos de interés y se garantizará el uso responsable de las fuentes bibliográficas, respetando los principios de integridad académica y los derechos de autor.

4.2. Presupuesto

Tabla 2: presupuesto

N°	Descripción	Unidad	Cantidad	Costo unitario	Costo total
I. BIENES					
1	Hojas bond A4 80 g	Paquete (500 hojas)	10	22	220.00
2	Folders manila	Unidad	50	2	100.00
3	Lapiceros tinta gel	Unidad	30	4	120.00
4	Grapadora	Unidad	1	10	10.00
5	Grapas	Paquete	1	5	5.00
6	Micas A4 gruesas	Unidad	50	1.5	7500
7	Archivadore	Unidad	12	16	192.00
Subtotal Bienes					722.00
II. SERVICIOS					
Servicios generales					
1	Impresiones	Servicio	500	0.5	250
3	Fotocopias	Servicio	500	0.1	50
2	Anillados y empastado	Servicio	4	40	160
Servicios de transporte y logística					
3	Movilidad para trabajo de campo	Servicio	16	20	320
4	Viáticos de alimentación	día	10	30	300
Servicios Tecnológicos					
5	Servicio de Internet	Mes	8	120	960
6	Licencia de software SPSS	Mes	2	150	300
Servicios Profesionales					
8	Procesamiento estadístico	Servicio	1	1000	1000
9	Asesoría de investigación	Sesión	1	1500	1500
Subtotal Servicios					4840
TOTAL					5,562.00

5. REFERENCIAS

1. Hao Y, Zhan L, Huang M, Cui X, Zhou Y, Xu E. Nurses' knowledge and attitudes towards palliative care and death: a learning intervention. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2021; 20:50. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00738-x>
2. Cybulska A, Żołnowska M, Schneider D, Nowak M, Starczewska M, Grochans S, Cymbaluk A. Analysis of Nurses' Attitudes toward Patient Death. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022; 19(20):13119. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph192013119>
3. Jaglak K, Kobos E. Attitudes towards death among the nursing staff in oncology departments and hospices. *Palliat Med Pract* [Internet]. 2024; 18(4):220-7. Disponible en: <https://doi.org/10.5603/pmp.99947>
4. Menzies R, Sharpe L, Dar, I. The development and validation of the Death Anxiety Beliefs and Behaviours Scale. *Br J Clin Psychol* [Internet]. 2022; 61(4):1169-87. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/bjc.12387>
5. Alodhialah A, Almutairi A, Almutairi M. Exploring Nurses' Emotional Resilience and Coping Strategies in Palliative and End-of-Life Care Settings in Saudi Arabia: A Qualitative Study. *Healthcare (Basel)* [Internet]. 2024; 12(16):1647. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/healthcare12161647>
6. Povedano M, Granados, G, Garcia, M. Work environment factors in coping with patient death among Spanish nurses: a cross-sectional survey. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2020; 28:3234. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3279.3234>
7. Duque P, Manrique Y, Galvis A, Castañeda M, Hernández E. Afrontamiento de docentes de enfermería ante la muerte del paciente en unidades de cuidado crítico. *Investig Enferm Imagen Desarroll* [Internet]. 2020; 22:1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie22.adem>
8. Orihuela A, Meneses M, Cosme M, Soriano S, Lévano M, Bazán L. Attitude and coping before death: A current challenge for nurses in times of pandemic. *J Glob Health Med* [Internet]. 2020; 4(2):13–23. Disponible en: <https://journals.cincader.org/index.php/ghmj/article/view/86>
9. Sanchez G. Afrontamiento y adaptación relacionado con la actitud de la enfermera frente a la muerte del niño [Trabajo académico de segunda

- especialidad]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2025. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14414/23237>
10. Lorenzo X. Actitudes del enfermero ante la muerte del paciente en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima, 2023 [Trabajo académico de segunda especialidad]. Trujillo: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2024. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13084/8868>
 11. Liu W, Su Y, Zhou S, Deng W, Hu H, Cui Q. Death coping ability, death attitude, and professional quality of life among geriatric nurses: a multicentre cross-sectional study. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2025; 24(1):117. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01754-x>
 12. Banegas J, Villavicencio E, Vaca A. Actitudes y afrontamiento del personal de enfermería ante la muerte de los pacientes en un hospital general de Machala. *LATAM Rev Latinoam Cienc Soc Human* [Internet]. 2025; 6(2):2523–42. Disponible en: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i2.3781>
 13. Lojano E, Pazmiño J. Actitudes y afrontamiento a la muerte en el personal de enfermería del Hospital Homero Castanier Crespo, Azogues, 2024 [Tesis]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2024. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/44650>
 14. Masaquiza J, Guarate Y. Actitudes y afrontamiento ante la muerte de los estudiantes de enfermería. *Enferm Investiga*. 2024; 9(2):64–72. Disponible en: <https://doi.org/10.31243/ei.uta.v9i2.2417.2024>
 15. Zahran Z, Hamdan K, Hamdan A, Allari R, Alzayyat A, Shaheen A. Nursing students' attitudes towards death and caring for dying patients. *Nursing Open* [Internet]. 2022; 9(1):614-23. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/nop2.1107>
 16. Barnett M, Reed C, Adams C. Death attitudes, palliative care self-efficacy, and attitudes toward care of the dying among hospice nurses. *Journal of clinical psychology in medical settings* [Internet]. 2021; 28:295-300. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10880-020-09714-8>
 17. Faronbi J, Akinyoola O, Faronbi G, Bello C, Kuteyi F, Olabisi I. Nurses' attitude toward caring for dying patients in a Nigerian teaching hospital. *SAGE Open Nursing* [Internet]. 2021; 7. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/23779608211005213>
 18. Morales F, Ramírez F, Cruz A, Arriaga R, Vicente M, De la Cruz C, García N. Actitudes del personal de enfermería ante la muerte de sus pacientes. *Rev Cuid*

- [Internet]. 2021;12(1): e1081. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1081>
19. Fernández J, García L, García M, Fernández A, Lozano T, Rubio A. Actitudes y afrontamiento ante la muerte en el personal de enfermería. *Tiempos Enferm Salud* [Internet]. 2020; 1(2):29-35. Disponible en: <https://tiemposdeenfermeriaysalud.es/journal/article/view/63>.
 20. Henao Á, Quiñonez M. Afrontamiento de las enfermeras ante la muerte del paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2020; 30(4):163-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.10.005>
 21. Anampa Y, Blas Y, Peña M. Estrategias de afrontamiento al desgaste profesional en el personal de salud del servicio de emergencia, centro de salud Amarilis, 2024 [Tesis]. Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2025. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13080/11737>
 22. Barsallo F, Cervera M. Afrontamiento de problemas éticos por enfermeras de emergencia con pacientes en estado crítico. *Acc cietna*. 2025;12(1):31258. Disponible en: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/1258>
 23. Muñoz M, Panta V. Estrategias de afrontamiento de pacientes con cáncer de mama de hospitalización en un hospital de tercer nivel, Lima 2024 [Tesis]. Lima: Universidad César Vallejo; 2024. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/157991>
 24. Jara G. Actitudes frente a la muerte del paciente en internos de Enfermería. Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco 2022 [Tesis]. Huánuco: Universidad De Huánuco; 2023. Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/20.500.14257/4296>
 25. Basilio L, Berrospi S. Actitudes hacia la muerte del paciente y las estrategias de afrontamiento en internos de enfermería, Hospital Regional Daniel Alcides Carrión-2022 [Tesis]. Pasco: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión; 2023. Disponible en: <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/3344>
 26. Aquino R. Actitud de los internos de enfermería ante la muerte de pacientes, universidad pública, Chachapoyas-2023 [Tesis]. Chachapoyas: Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas; 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14077/3533>

27. Rosales M, Vargas N. Estrategias de afrontamiento y nivel de estrés de las enfermeras en la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología. *Sciéndo* [Internet]. 2023; 26(3): 243-8. Disponible en: <https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/SCIENDO/article/view/5380>
28. Díaz R, Illacutipa M, Chique K. Actitud del enfermero (a) ante la muerte del paciente en Servicios de cuidados críticos. *Investig Innov Rev Cient Enferm* [Internet]. 2022; 2(1):72-82. Disponible en: <https://doi.org/10.33326/27905543.2022.1.1372>
29. Krederdt S, Huincho B., León, J. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento de pacientes con cáncer de mama servicio ambulatorio Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima. *Curae* [Internet]. 2021; 3(2):1-16. Disponible en: <https://revistas.uss.edu.pe/index.php/curae/article/view/1430>
30. Collantes D, Cieza Y. Actitudes del enfermero frente a un paciente en etapa terminal, en un hospital del Perú. *Conecta Libertad* [Internet]. 2021;4(2):48-62. Disponible en: <https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/158>
31. Zeladita J, Flores C, Zegarra R, Carpio S, Franco E, Vivas T, Mariñas O. Psychometric evaluation of the Brief-COPE Inventory and exploration of factors associated with perceived stress among Peruvian nurses. *Healthcare*. 2024; 12(17):1729. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/healthcare12171729>
32. Morales L. Estrategias de afrontamiento, vías de protección del bienestar en tiempos de pandemia. *Rev Cient Fund MenteClara* [Internet]. 2022; 7:1-11. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=563579384025>
33. Theodoratou M, Argyrides M. Neuropsychological insights into coping strategies: integrating theory and practice in clinical and therapeutic contexts. *Psychiatry Int* [Internet]. 2024;5(1):53-73. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/psychiatryint5010005>
34. Lee T, Tzeng W, Chiang H. Impact of coping strategies on nurses' well-being and practice. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2019; 51(2):195-204. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jnu.12467>
35. Macías M, Madariaga C, Valle M, Zambrano J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicol Caribe* [Internet]. 2013; 30(1):123-45. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21328600007>

36. Sastrawan S, Newton J, Malik G. Nurses' integrity and coping strategies: an integrative review. *J Clin Nurs* [Internet]. 2019; 28(5-6):733-44. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jocn.14702>
37. Labrague L, McEnroe D, Gloe D, Thomas L, Papathanasiou I, Tsaras K. Revisión bibliográfica sobre el estrés y las estrategias de afrontamiento en estudiantes de enfermería. *Rev Salud Ment* [Internet]. 2017; 26(5):471-80. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1244721>
38. Ángel Y, Suarez T, Vásquez E, Mena E, Organista N, Rodríguez C, Moreno J. Estrategias de afrontamiento en personal de la salud que atienden pacientes con y sin COVID en dos ciudades de Colombia. *Diversitas Perspect Psicol* [Internet]. 2022; 18(2):175-84. Disponible en: <https://doi.org/10.15332/22563067.8179>
39. Akbolat M, Ünal Ö, Karakaya B. Turkish adaptation of the Frommelt attitude toward care of the dying scale. *OMEGA (Westport)* [Internet]. 2022;84(4):1160-74. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0030222820930139>
40. Groebe B, Strupp J, Eisenmann Y, Schmidt H, Schlomann A, Rietz C, Voltz R. Measuring attitudes towards the dying process: a systematic review of tools. *Palliat Med* [Internet]. 2018; 32(4):815-37. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0269216317748889>
41. Lara G, Osorio C. Aportes de la psicología existencial al afrontamiento de la muerte. *Tesis Psicol* [Internet]. 2014; 9(1):50-63. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1390/139031679005.pdf>
42. Nascimento K, Lorenzini A. Comprender las dimensiones de los cuidados intensivos: la teoría del cuidado transpersonal y complejo. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2009; 17:215-21. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000200012>
43. Vasques T, Lunardi V, Silva P, Carvalho K, Algeri S. Cuidados paliativos e teoria humanística na enfermagem: palliative care and humanistic theory in nursing. *Rev Enferm Atual Derme* [Internet]. 2020; 91(29). Disponible en: <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.91-n.29-art.467>
44. Creswell J, Creswell J. *Diseño de investigación: enfoques cualitativos, cuantitativos y mixtos*. 5.ª ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2017.
45. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación*. 6a ed. McGraw-Hill; 2018.

46. Albornoz E, Guzmán M, Chuga, J, Sidel K, Márquez A, Cañizales A. Metodología de la investigación aplicada a las ciencias de la salud y la educación. 2023.
47. Herrero R, Román J, Montoya R, Pérez P, García M. Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale Form B: Validation for Spanish health professionals. *Palliative and Supportive Care*. 2022;20(5):678–86. <https://doi.org/10.1017/S1478951521001504>

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Formulación del problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Diseño/Metodológico
<p>Problema principal ¿Cómo las estrategias de afrontamiento se relacionan con la actitud hacia la muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras de un hospital nacional Lima 2025?</p> <p>Problemas específicos 1) ¿Cuál es la relación de las estrategias de afrontamiento en su dimensión problema con la actitud hacia la muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras de un</p>	<p>Objetivo principal Determinar cómo las estrategias de afrontamiento se relacionan con la actitud hacia la muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras de un hospital nacional Lima 2025</p> <p>Objetivos específicos 1) Medir la relación de las estrategias de afrontamiento en su dimensión problema con la actitud hacia la muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras de un hospital nacional Lima 2025</p>	<p>Hipótesis Ha= Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y actitud sobre muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras de un hospital nacional Lima 2025. Ho= No existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y actitud sobre muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras de un hospital nacional Lima 2025</p> <p>Hipótesis específicas 1) Ha= Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento en su dimensión problema con la actitud hacia la muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras de un hospital nacional Lima 2025. Ho= No existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento en su dimensión problema con la actitud hacia la muerte de pacientes</p>	<p>V1 Estrategias de afrontamiento Dimensión problema Dimensión emoción Dimensión evitación</p> <p>V2 Actitudes hacia la muerte Actitud de temor hacia el cuidado Actitud comunicativa Actitud hacia el apoyo familiar Actitud hacia el cuidado activo Actitud hacia el cuidado de la familia Actitud relacional</p>	<p>Enfoque Cuantitativo Nivel Relacional Diseño No experimental Población Enfermeras del servicio de medicina interna del Hospital Eduardo Rebagliati Martins Muestra 126 enfermeras Muestreo Probabilístico aleatorio simple Mediciones Técnica: Encuesta Instrumentos: Cuestionario BRIEF COPE (Estrategias de afrontamiento)</p>

<p>hospital nacional Lima 2025?</p> <p>2) ¿Cuál es la relación de las estrategias de afrontamiento en su dimensión emoción con la actitud hacia la muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras de un hospital nacional Lima 2025?</p> <p>3) ¿Cuál es la relación de las estrategias de afrontamiento en su dimensión evitación con la actitud hacia la muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras de un hospital nacional Lima 2025?</p>	<p>2) Medir la relación de las estrategias de afrontamiento en su dimensión emoción con la actitud hacia la muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras de un hospital nacional Lima 2025</p> <p>3) Medir la relación de las estrategias de afrontamiento en su dimensión evitación con la actitud hacia la muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras de un hospital nacional Lima 2025</p>	<p>en fase terminal en enfermeras de un hospital nacional Lima 2025.</p> <p>2) Ha= Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento en su dimensión emoción con la actitud hacia la muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras de un hospital nacional Lima 2025. Ho= No existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento en su dimensión emoción con la actitud hacia la muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras de un hospital nacional Lima 2025</p> <p>3) Ha= Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento en su dimensión evitación con la actitud hacia la muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras de un hospital nacional Lima 2025. Ho= No existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento en su dimensión evitación con la actitud hacia la muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras de un hospital nacional Lima 2025</p>	<p>Cuestionario FATCOD-B (Actitudes hacia la muerte)</p> <p>Validez Juicio de expertos</p> <p>Confiabilidad Alfa de Cronbach</p>
---	---	--	--

ANEXO 2: INSTRUMENTO – VARIABLE 1

Cuestionario BRIEF COPE

Objetivo: Este cuestionario tiene como objetivo conocer las estrategias que usted utiliza habitualmente para afrontar situaciones difíciles o estresantes. Las afirmaciones que se presentan a continuación describen posibles pensamientos o comportamientos frente a estos eventos.

Instrucciones: Lea cada afirmación cuidadosamente y seleccione la opción que mejor represente la frecuencia con la que actúa de esa manera. No hay respuestas correctas o incorrectas; lo importante es que sus respuestas reflejen su experiencia personal. Utilice la siguiente escala de respuesta:

1 = Nunca / 2 = Rara vez / 3 = A veces / 4 = Frecuentemente / 5 = Siempre

N°	Ítem	1	2	3	4	5
Dimensión problema						
1	Me mantengo ocupado en el trabajo u otras actividades para no pensar en el problema					
2	Tomo medidas para tratar de mejorar la situación					
3	Me esfuerzo constantemente en hacer algo para afrontar y resolver la situación					
4	Reflexiono cuidadosamente acerca de los pasos que debo seguir					
5	Intento buscar ayuda o consejos de otras personas					
6	Logro obtener orientación o apoyo práctico de las personas sobre qué hacer					
Dimensión emoción						
7	Trato de ver la situación desde una perspectiva más positiva					
8	Encuentro aspectos positivos dentro de lo que está ocurriendo					
9	Acepto que lo que está ocurriendo es parte de la realidad					
10	Estoy aprendiendo a vivir con lo que ocurre					
11	Busco apoyo emocional de otras personas					
12	He podido encontrar consuelo y comprensión en alguna persona					
13	He realizado bromas sobre la situación					
14	Suelo burlarme de la situación como una forma de afrontarla					
15	Encuentro consuelo en mi religión o en mis creencias espirituales					
16	Suelo rezar o meditar					
Dimensión evitación						
17	Consumo alcohol u otras sustancias para sentirme mejor					
18	Suelo utilizar el alcohol o drogas para sobrellevar la situación					
19	He dejado de intentar lidiar con la situación					
20	He renunciado a realizar acciones para resolver el problema					
21	Me he dicho a mí mismo "esto no puede estar pasando"					
22	Me niego a creer lo que ha pasado					
23	Me critico a mí mismo por lo que sucede					
24	Suelo culparme por lo que ha ocurrido					
25	Pienso en planes o estrategias para enfrentar la situación					
26	Realizo cosas para pensar menos en el problema (ver TV, leer, dormir, salir, etc.)					

Nota. Escala adaptada de Zeladita et al.³¹

ANEXO 2: INSTRUMENTO – VARIABLE 2

Cuestionario FATCOD-B

Objetivo: El propósito de este cuestionario es conocer cómo se siente el personal de enfermería frente a situaciones relacionadas con el cuidado de personas en etapa terminal.

Instrucciones: Por favor, lea atentamente cada una de las 28 afirmaciones y marque la opción que mejor refleje su opinión personal. No omita ninguna respuesta. Use la siguiente escala de puntuación:

1 = Totalmente en desacuerdo / 2 = En desacuerdo / 3 = Indeciso / 4 = De acuerdo / 5 = Totalmente de acuerdo

N°	Ítem	1	2	3	4	5
Actitud de temor hacia el cuidado						
1	Brindar cuidado al paciente terminal es una experiencia valiosa.					
2	La cantidad de tiempo que requiere el cuidado de un paciente en estado terminal me frustra					
3	Desearía no cuidar a pacientes en estado terminal					
4	Considero que sería mejor que la persona en estado terminal fallezca cuando yo no esté presente					
5	Tengo miedo de entablar una amistad con una persona que está muriendo					
6	Creo que tendría ganas de huir cuando la persona realmente falleciera					
Actitud comunicativa						
7	Los cuidadores que no son familiares no deben ser los encargados de hablar sobre la muerte con el paciente terminal					
8	Cuando un paciente me pregunta “¿Estoy muriendo?”, pienso que lo mejor es cambiar de tema a algo alegre					
9	A los pacientes que están muriendo se les debe proporcionar respuestas honestas sobre su condición					
10	La muerte no es lo peor que le puede pasar a una persona					
11	Es muy beneficioso para el paciente terminal verbalizar sus sentimientos					
Actitud hacia el apoyo familiar						
12	La familia debe participar en el cuidado físico del paciente en estado terminal					
13	Las familias deben preocuparse por ayudar a su familiar terminal a aprovechar al máximo el tiempo que le queda de vida					
14	Las familias necesitan apoyo emocional para aceptar los cambios en el comportamiento del paciente terminal					
15	Las familias deben mantener un ambiente lo más normal posible para su paciente terminal					
Actitud hacia el cuidado activo						
16	No se debe permitir que el paciente terminal tome decisiones sobre su cuidado físico					
17	El paciente terminal y su familia deben ser quienes tomen las decisiones					
18	La adicción a los medicamentos para aliviar el dolor no debería ser motivo de preocupación al tratar a un paciente terminal					
19	Es posible que los cuidadores no familiares ayuden a los pacientes a prepararse para la muerte					
Actitud hacia el cuidado de la familia						
20	El cuidado de la familia del paciente terminal debe continuar durante el periodo de duelo y luto					
21	El cuidado también debe extenderse a la familia del paciente en estado terminal					
22	No es responsabilidad del cuidador no familiar educar a las familias sobre la muerte					

Actitud relacional						
23	Es difícil establecer una relación cercana con el paciente terminal					
24	Los cuidadores deben permitir y procurar horarios de visita flexibles para los pacientes terminales					
25	Considero que a medida que el paciente se acerca a la muerte, el cuidador debe dejar de implicarse con el paciente					
26	Me sentiría incómodo si encontrara por casualidad a un paciente terminal llorando					
27	Los miembros de la familia que permanecen cerca del paciente terminal a menudo interfieren con el trabajo del profesional con el paciente					
28	Hay momentos en los que el paciente terminal acoge con bien a la muerte					

Nota. Escala adaptada de Herrera et al.⁴⁷

ANEXO 3: VALIDEZ DEL INSTRUMENTO – VARIABLE 1

INSTRUMENTO 1: Estrategias de Afrontamiento

Aspecto	Descripción
Nombre del instrumento	Inventario Brief-COPE (Brief Coping Orientation to Problems Experienced)
Autor original	Carver, Scheier y Weintraub
Versión utilizada	Adaptación psicométrica en población peruana por Zeladita et al.
Año de validación	2024
Objetivo del instrumento	Evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales de la salud frente a situaciones de estrés
Variable que mide	Estrategias de afrontamiento
Población de aplicación	Profesionales de salud (enfermeros peruanos)
Número de ítems	26 ítems (versión adaptada)
Tiempo de aplicación	Aproximadamente 10–15 minutos
Tipo de escala	Escala tipo Likert 5 puntos: 1 = Nunca, 2= Casi nunca, 3 = A veces, 4 = Casi siempre, 5 = Siempre

Fuente: Zeladita et al.³¹

Propiedad	Resultado	Interpretación
Validez de contenido	Coefficiente de Validez de Contenido (CVC) = 0.825	Validez excelente entre expertos
Validez de constructo	Confirmada mediante Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), con adecuados índices de ajuste (CFI = 0.95; TLI = 0.95)	Estructura válida teóricamente / Excelente ajuste del modelo
Confiabilidad global	α de Cronbach = 0.91	Excelente consistencia interna / Alta confiabilidad
Confiabilidad por dimensiones	- Dimensión problema α = 0.87 - Dimensión emoción α = 0.91 - Dimensión evitación α = 0.90	Excelente consistencia interna / Alta confiabilidad

Fuente: Zeladita et al.³¹

ANEXO 3: VALIDEZ DEL INSTRUMENTO – VARIABLE 2

INSTRUMENTO 2: Actitud hacia la muerte

Aspecto	Descripción
Nombre del instrumento	Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale – Form B (FATCOD-B)
Autor original	Katherine Murray Frommelt
Versión utilizada	Adaptación psicométrica al idioma español por Herrero et al. (2022)
Año de validación	2022
Objetivo del instrumento	Evaluar las actitudes de los profesionales de salud hacia la muerte durante el cuidado de pacientes en etapa terminal
Población de aplicación	Profesionales de salud (médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales)
Número de ítems	28 ítems (versión adaptada)
Tiempo de aplicación	Aproximadamente 10–15 minutos
Tipo de escala	Escala tipo Likert 5 puntos: 1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Indeciso, 4 = De acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo

Fuente: Herrero et al.⁴⁷

Propiedad	Resultado	Interpretación
Validez de contenido	Índice de Validez de Contenido (CVI) = 0.933	Validez excelente entre expertos
Confiabilidad global	α de Cronbach = 0.79	Excelente consistencia interna / Alta confiabilidad
Estabilidad (test-retest)	Coefficiente de Correlación Intraclase (ICC) = 0.843 ($p < 0.001$)	Buena estabilidad

Fuente: Herrero et al.⁴⁷

ANEXO 4: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Estimado(a) participante:

Por medio de la presente se le invita a participar del estudio titulado: **Estrategias de afrontamiento y actitud sobre la muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras de un hospital nacional, Lima – 2025**, realizado por un equipo de investigación con fines académicos. Si usted decide participar, se le agradecerá responder de manera sincera el cuestionario correspondiente, cuyo tiempo estimado de llenado es de aproximadamente de 10 a 15 minutos.

Objetivo del estudio: El presente estudio tiene como objetivo determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la actitud frente a la muerte de pacientes en fase terminal en enfermeras que laboran en un hospital nacional de Lima durante el año 2025.

Confidencialidad: Su participación es totalmente voluntaria, y la información recolectada será tratada con estricta confidencialidad, empleándose únicamente con fines académicos y científicos; en ningún caso se divulgarán datos personales, garantizando el anonimato.

Beneficios: Su participación permitirá contribuir al proceso investigativo del estudio, lo cual puede servir como base para futuras mejoras en el bienestar laboral del personal de enfermería. Asimismo, los resultados podrán ser de utilidad para futuras investigaciones en el ámbito de la salud mental y el trabajo hospitalario.

Daños potenciales: No existen riesgos ni daños directos derivados de su participación.

Derechos: Su participación es libre y voluntaria. Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin necesidad de justificar su decisión y sin que ello le genere perjuicio alguno.

Entiendo todo lo expuesto y consiento mi participación en esta investigación:

() Sí (*Los participantes que marquen esta opción accederán al desarrollo de la encuesta*).

() No (*Los participantes que marquen esta opción no procederán al desarrollo de la encuesta y se les agradecerá por su tiempo*).

.....
Autora
Jessica Nelía Valverde Cribillero
DNI:10155767

.....
Participante