



Universidad del Desarrollo

Facultad de Medicina

**COMPETENCIAS ANTE LA MUERTE EN PROFESIONALES DE
LAS UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS PÚBLICAS DE
ADULTOS DE CHILE.**

POR: MARCELA MARGARITA GONZALEZ OTAIZA

Tesis presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo para
optar al grado académico de Magíster de Bioética.

PROFESOR GUÍA: DR. JUAN PABLO BECA

Junio 2022

SANTIAGO

© Se autoriza la reproducción de esta obra en modalidad acceso abierto para fines académicos o de investigación, siempre que se incluya la referencia bibliográfica

AGRADECIMIENTOS:

- A los profesionales de las unidades de cuidados paliativos de Chile, que se dieron el tiempo de contestar la encuesta.
- A mi profesor guía, Dr. Juan Pablo Beca, por la gran ayuda y la confianza depositada.
- A las enfermeras Daniela Hidalgo Torres y Paulina González Canales, los médicos Javier Retamales Lepe y Laura Tupper Satt, los sociólogos Eduardo Rodríguez Salvo y Gabriela Huepe Ortega, quienes me ayudaron en distintas etapas del desarrollo de la tesis.
- A mi prima Paulina Rojas González, profesora, cuya ayuda en la recta final fue fundamental en la corrección de los detalles.
- Y a mis pacientes, quienes cada día me entregan lecciones de vida y de muerte.

“Nadie mejor que el moribundo mismo puede, en definitiva, ayudarnos a superar nuestro miedo y llegar a la aceptación de nuestra propia finitud, llenos de esperanza, años antes de que tengamos que morir. Este es el regalo que nos hacen si no los abandonamos en el momento de esta crisis”.

Elizabeth Kübler-Ross

TABLA DE CONTENIDOS

Resumen	1
Justificación	3
Introducción	3
Marco teórico.....	8
Concepto de competencia ante la muerte.....	8
Reflexiones éticas de la competencia ante la muerte	17
Hipótesis	22
Objetivo de la investigación	22
Objetivo general	22
Objetivos específicos	23
Metodología.....	23
Diseño	23
Población objetivo	24
Resultados	
Datos Generales.....	25
Resultados objetivo general	28
Resultados objetivos específicos	33
Discusión.....	37
Limitaciones	41
Conclusión	42
Revisión Bibliográfica.....	44
Anexos.....	51

Lista de abreviaturas

SC-DWS (*Self-Competence in Death Work Scale*): Escala de autocompetencia para el trabajo con pacientes al final de la vida.

RAE : Real Academia Española

CESFAM : Centro de Salud Familiar

Resumen

Las competencias ante la muerte comprenden una amplia gama de conocimientos, habilidades y actitudes que son necesarias para manejar y apoyar los problemas derivados del proceso de morir, la muerte y el duelo. Los profesionales de la salud y en especial quienes trabajan en cuidados paliativos están en frecuente contacto con pacientes en la etapa final de sus vidas, por consiguiente, requieren de estas capacidades para aceptar la muerte y acompañar al enfermo y a su familia hasta el final. La manera de cómo los profesionales asumen la muerte influye directamente en la calidad de atención del paciente, y por lo tanto en el buen morir; también repercute en las propias vidas de los profesionales.

La mayor parte de los estudios relacionados con la muerte y los profesionales de la salud están enfocados en el miedo o ansiedad asociada a la muerte y, solo en los últimos años ha comenzado un interés dirigido hacia las competencias. Uno de los conceptos recientemente incorporado es el de la "Autocompetencia ante la muerte", y se refiere a la competencia percibida de los profesionales que están en contacto frecuente con el final de la vida, pone el énfasis en los recursos personales, emocionales y existenciales, así como en el impacto de la muerte en sus vidas.

Este estudio tiene como objetivo principal indagar sobre la autocompetencia ante la muerte en los profesionales que trabajan en unidades de cuidados paliativos de adultos del sector público del país. La metodología fue un estudio descriptivo transversal y consistió en la aplicación de la escala de "Autocompetencia para el

trabajo con pacientes al final de la vida " (SC-DWS) enviada a través de correo electrónico, dirigida a los profesionales (médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales) de las unidades de cuidados paliativos, de mediana y alta complejidad.

Resultados: Se obtuvieron 106 respuestas de un total de 216 encuestas enviadas. Participaron 65 médicos, 20 enfermeros, 16 psicólogos y 5 trabajadores sociales. El 85% percibe como adecuado su nivel de autocompetencia ante la muerte. El 60% de los profesionales atiende casi a diario a pacientes en el final de la vida. Un 60% ha tenido alguna capacitación sobre el tema y casi el 100% valora como muy importante la necesidad de capacitación.

Conclusión: La mayoría de los profesionales dedicados a los cuidados paliativos perciben un adecuado nivel de competencia ante la muerte y consideran muy relevante la formación profesional al respecto. Dado que este enfoque de competencias ante la muerte es relativamente nuevo, y el concepto involucra varios aspectos, se requiere una mayor investigación.

Justificación:

Desde hace más de 15 años, me dedico a la atención de pacientes con cáncer avanzado en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Sotero del Río, donde junto a un equipo interdisciplinario, atendemos anualmente a más de 1000 pacientes y de los cuales fallecen cerca de 700 por año. Esto ha significado acompañar a muchos pacientes en la etapa final de sus vidas y, si bien podría decir que estoy "familiarizada" con el proceso del morir y la muerte, tengo el recuerdo de algunos pacientes, cuyas muertes provocaron un gran impacto emocional tanto en mí como en mis compañeros (generalmente se trataron de pacientes muy jóvenes o con hijos pequeños). Esto fue lo que me motivó a indagar, en un primer momento sobre la ansiedad ante la muerte en los profesionales de la salud, pero luego, a la luz de lo mucho que se ha estudiado sobre la ansiedad y lo poco sobre la aceptación de la muerte en los profesionales, y lo que se conoce como competencias ante la muerte, este tema me pareció un enfoque más proactivo para mejorar las capacidades de los profesionales.

Introducción:

La atención de pacientes que están en el final de la vida constituye una experiencia emocional muy intensa ya que por lo general esta etapa se asocia a un gran sufrimiento físico, psicosocial y espiritual, y puede generar en los profesionales tratantes un mayor riesgo de desgaste profesional, fatiga por compasión y distrés moral. (Sinclair, 2007. Cumplido 2011).

El contacto frecuente con pacientes moribundos puede inducir respuestas emocionales y de contratransferencia que afectan directamente la calidad de atención de un paciente y de su familia.

Las actitudes, creencias, emociones y comportamientos ante la muerte son fenómenos psicosociales, culturalmente aprendidos (Grau, 2008); así las respuestas humanas a la muerte son muy variadas, y van desde el miedo absoluto a la aceptación o enfoque neutral (Niemeyer,1997). El miedo a morir es la consecuencia inevitable del ser humano al tener conciencia de su propia finitud y los profesionales de la salud no están ajenos a este miedo. El contacto con el proceso de morir puede llevar a los profesionales a examinar sus propias preocupaciones ante la muerte. A la natural angustia ante la posibilidad de la propia muerte se añade la falta de formación específica de los profesionales en temas relacionados con el proceso de morir, lo cual conduce a la frecuente vivencia de la muerte como una forma de fracaso profesional. Así lo deja plasmado en su libro *Ser Mortal* el médico Atul Gawande: “Aprendí muchísimas cosas en la Facultad de Medicina, pero entre ellas no figuraba la mortalidad...Nuestros libros de texto no decían casi nada sobre el envejecimiento, ni sobre la fragilidad, ni sobre la muerte. Cómo se desarrolla el proceso, cómo experimentan las personas el final de su vida, y cómo afecta todo ello a quienes los rodean parecía no venir al caso. A nuestro modo de ver, y al de nuestros catedráticos, el objetivo de la enseñanza de la medicina era que aprendiéramos a salvar vidas, no a cómo atender a su final. (Gawande, 2014)

Todas estas dificultades se ven acrecentadas además porque en nuestra sociedad occidental se ha fomentado una verdadera cultura de " la negación de la muerte": La muerte se vive como algo lejano y extraño. Como consecuencia de esta negación, se ha generado que hablar de la muerte se convierta en un tema tabú, que la muerte sea cada vez más medicalizada, y que los moribundos sean marginados (Zimmermann, 2004).

Para un paciente y su familia no hay un momento donde se tomen decisiones más profundas y complejas como es en el final de la vida. En esta etapa se presentan distintos problemas que requieren de conversaciones francas con el paciente y su familia, para lo cual los profesionales sanitarios requieren de ciertas competencias. Las habilidades de los profesionales de la salud para iniciar conversaciones sobre el final de la vida están influenciadas por sus actitudes personales ante la muerte. (Black, 2007). Un ejemplo clásico al respecto es el estudio SUPPORT (*Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment*) que involucró a más de 9000 pacientes en hospitales y mostró que la mayoría de los médicos desconocían los valores y preferencias de los pacientes al final de la vida, y de aquellos que sí lo sabían, solo el 15% abordaban estos temas con los pacientes (SUPPORT, 1995). Veinte años más tarde, la situación no ha cambiado tanto, según el informe de 2015 *Dying in America* del Instituto de Medicina de Estados Unidos, los grupos más vulnerables, como las personas de bajos ingresos, con menos educación y pertenecientes a minorías, no tienen estas conversaciones en forma oportuna con sus médicos, y por consiguiente están muriendo en lugares y maneras

que no reflejan sus preferencias (IOM,2015)

A pesar de las dificultades mencionadas, desde la década de los 60, debido al surgimiento del movimiento *Hospice* en Inglaterra, se comenzó a potenciar el desarrollo de los cuidados paliativos modernos, y con ello se ha ido incorporando el concepto de muerte y del buen morir. Coincide además con el auge de la tanatología, que desde mediados del siglo pasado ha tenido un creciente interés (Wass,2004).

En su sitio web la Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos de la siguiente forma: " Los cuidados paliativos son un modo de abordar la enfermedad avanzada e incurable que pretende mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes que afrontan una enfermedad que amenaza su vida , como la de sus familias, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento a través de un diagnóstico precoz, una evaluación adecuada y el oportuno tratamiento del dolor y de otros problemas tanto físicos como psicosociales y espirituales". Uno de sus postulados es que los cuidados paliativos honran la vida y consideran la muerte como un proceso normal. No tienen la intención de apresurar o posponer la muerte. La atención paliativa tiene entre sus objetivos la preparación para la muerte tanto para el propio paciente como para los familiares.

El trabajo en cuidados paliativos es multidisciplinario e incluye a médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, técnicos paramédicos, voluntarios, entre otros. Es necesario que estos profesionales tengan las competencias para aceptar la muerte. Así lo señalaba una de las pioneras en el campo de la medicina

paliativa, la psiquiatra Elizabeth Kübler-Ross quien en su libro "*Sobre la muerte y los moribundos* " planteaba que, como requisito para ayudar a los pacientes en fin de vida, era necesario que los profesionales asumieran la posibilidad de la propia muerte: "Lo más importante es nuestra propia actitud y nuestra capacidad para afrontar la enfermedad terminal y la muerte. Si este es un gran problema en nuestra vida, y vemos la muerte como un tema tabú, aterrador y horrible, nunca podremos ayudar a un paciente a enfrentarla con tranquilidad...si no podemos afrontar la muerte con ecuanimidad, ¿Cómo podremos serles útiles a nuestros pacientes?" (Kübler-Ross,1969).

El Dr. Balfour Mount considerado el padre de los cuidados paliativos en Norteamérica decía que uno de los factores que impedía a los profesionales de la salud brindar una atención buena y compasiva a los moribundos era el miedo existencial profundamente arraigado a la muerte que acecha reprimido en su inconsciente la mayor parte del tiempo. (citado en Lowry, 1997).

Gran parte de las publicaciones científicas sobre la muerte y el morir se han dirigido al estudio de la ansiedad ante la muerte, entendida como "una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza- reales o imaginadas- a la propia existencia desencadenada tanto por estímulos ambientales como situacionales o disposicionales"(Limonero,1997).Existe una amplia investigación sobre la medición de la ansiedad ante la muerte (Niemeyer, 1997, Tomas Sabado 2006, Zuccala, 2019). Sin embargo, en relación con las competencias ante la

muerte, la literatura es más bien exigua. Al respecto, a fines de los 90, la psicóloga norteamericana Rosemary A Robbins señalaba:

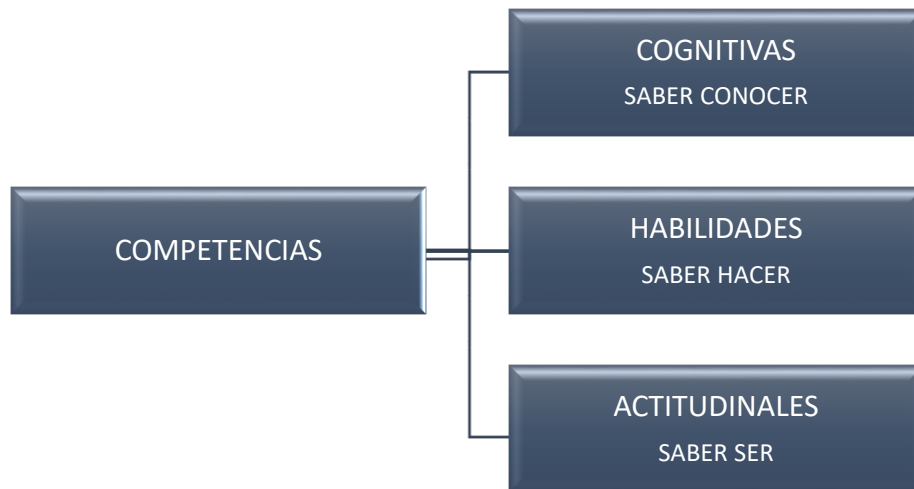
"Aunque es incuestionable que los humanos temen a la muerte al menos alguna vez en su vida, no está claro de qué nos servirá entender dicho miedo a la muerte a la hora de afrontar la realidad de nuestra condición existencial. ¿No sería más útil señalar que los humanos también afrontan la muerte y que lo han hecho a su manera a veces torpe, desde tiempos inmemoriales?" (Robbins, 1997).

Marco teórico:

Concepto de competencia ante la muerte:

Antes de hablar de competencias ante la muerte, es necesario precisar el concepto de competencia, en el ámbito profesional, la cual se entiende por el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes humanas que permiten una excelente práctica profesional adecuada al contexto social en que se desarrolla (Epstein, 2002). La Figura 1 sintetiza las ideas centrales del concepto de competencia.

Figura 1. Esquema de Competencias.



En relación con las competencias cognitivas y de habilidades ante la muerte, a partir de la década de los 50 se han ido desarrollando considerables esfuerzos en educación sobre la muerte, siendo pionero el psicólogo Herman Feifel, quien puso el énfasis en un enfoque multidisciplinario de la muerte con la visión no solo biomédica sino también desde la filosofía, sociología, religión, etc. (Wass, 2004)

La educación para la muerte es definida como una variedad de actividades orientadas a facilitar la comprensión de la muerte y el duelo. (Testoni ,2018).La mayoría de las veces, la formación profesional se ha centrado en los aspectos cognitivos como el manejo de síntomas en la etapa final o el apoyo en duelo, y en las de habilidades comunicacionales, siendo esta formación necesaria pero no suficiente para una visión más holística de la muerte y del proceso de morir. Sobre

este punto es muy relevante y necesario incorporar en los conocimientos, la enseñanza de filosofía, que desde sus orígenes ha tenido a la muerte como eje central de reflexión , desde los antiguos filósofos ,como Platón o Epicuro, hasta llegar a los existencialistas del último siglo(Yalom, 2008).

Sin duda que las actitudes corresponden a la parte más compleja y esencial dentro de las competencias ante la muerte. Para Marc Antoni Broggi las actitudes son más importantes que los conocimientos o habilidades cuando se trata de acompañar a pacientes moribundos; y propone como algo éticamente exigible la compasión junto con la fortaleza o coraje como elementos centrales (Broggi, 2011).

Otras de las actitudes necesarias son la amabilidad, la humildad, la prudencia, la capacidad de construcción de la propia espiritualidad, de trabajar en equipo, y la capacidad de autocuidado basado en la autoconciencia (Kearney, 2011). Uno de los conceptos casi inherentes a los cuidados paliativos es el valor que tiene la presencia tanto para los pacientes y familiares, como para los profesionales tratantes. Se entiende por presencia como “estar ahí con todo el ser para el paciente en momentos de necesidad”; esto crea un espacio de esperanza, calma, da tiempo para la reflexión y permite que los pacientes expresen sus emociones. (Plessis, 2016).Diversos estudios han demostrado que aquellos programas que incorporan actividades experienciales relacionadas con la muerte, como visualización de películas, prácticas reflexivas, técnicas narrativas, así como los grupos de discusión son más eficaces en producir cambios en las actitudes hacia la muerte, (Neimeyer,1997 Wass 2004)

En la literatura científica el concepto más utilizado ha sido el de competencias de afrontamiento ante la muerte, basado en la teoría de Lazarus y Folkmann. El afrontamiento hace referencia al proceso a través del cual hacemos frente a un acontecimiento estresante, y comprende las estrategias que una persona pone en práctica ante un problema para mantener su integridad física y psicológica. (Lazarus & Folkmann, 1984). En base a esto, las competencias para hacer frente a la muerte son un constructo que representa un amplio rango de habilidades y capacidades humanas para afrontar la muerte, así como nuestras creencias y actitudes respecto a dichas capacidades (Neimeyer, 1997).

Sin embargo, el concepto de afrontar la muerte puede llevar a discrepancias en su conceptualización ya que, por definición según la RAE, la palabra afrontar significa hacer frente al enemigo, hacer cara a un peligro, problema o situación comprometida (RAE s.f definición 2 y 3) y por consiguiente, puede incluir algunos mecanismos que no necesariamente signifiquen un apoyo a los pacientes moribundos. Ejemplo de ello, en una revisión sistemática publicada en el 2018 sobre cómo las enfermeras afrontaban la muerte, se mostró que entre las respuestas usaban como estrategias el distanciamiento y la desconexión emocional (Zheng, 2018). En otro estudio dirigido a médicos, el autor usó una explicación dicotómica para mostrar las diferencias de actuar de los médicos frente al paciente en fin de vida, algunos usaban el "Modo Acción", orientado a la acción de manera automática, protocolizada que resulta de uso habitual para los médicos, dejando de lado los aspectos emocionales, y por otro lado, estaban los médicos que actuaban en "Modo

presencia “, descrito como " simplemente estar presente " (Whitehead, 2014).

Sería más plausible, por tanto, en lugar de afrontar la muerte, usar el concepto de aceptar la muerte, lo que denota asumir la muerte como un proceso connatural a la vida, quitándole así la connotación de lucha o enfrentamiento.

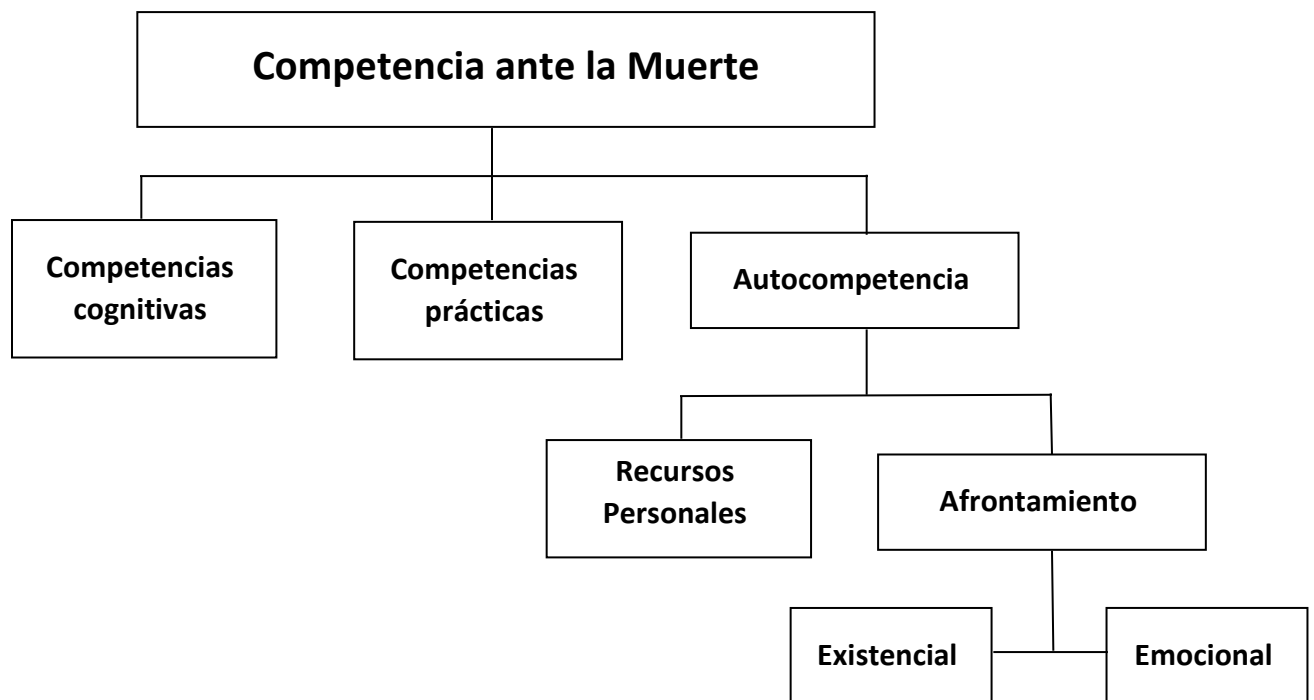
El término de competencia ante la muerte como tal (*Death Competence*) fue acuñado por Gamino y Ritter. Se refiere a las " habilidades especializadas para manejar y apoyar los problemas relacionados con el proceso de morir, la muerte y el duelo". Para estos autores la competencia ante la muerte es un constructo que no solo describe características del plan terapéutico, sino que constituye un imperativo ético cuando se trabaja con pacientes moribundos y sus deudos. La competencia ante la muerte asegura la adherencia a dos principios éticos clásicos: la beneficencia y la No maleficencia (Gamino & Ritter, 2012). Ellos plantean un modelo jerárquico en que postulan que las competencias cognitivas y emocionales son esenciales. La competencia cognitiva hace referencia a toda la formación académica, y la competencia emocional alude a la capacidad del terapeuta para apoyar los "rigores emocionales" que derivan de la terapia relacionados con los conflictos, traumas, pérdidas, angustia y sufrimiento que afloran en el encuentro terapéutico. Destacan la importancia de la capacidad de los profesionales para asumir el impacto de la muerte en sí mismos. Esta capacidad requiere de resiliencia, estrategias de autocuidado y el dar apoyo a otros colegas.

Otro enfoque reciente, acuñado por el profesor chino Wallace Chi Ho Chan, es el concepto de "Autocompetencia para el trabajo con pacientes al final de la vida "

(*Self-Competence in death work*) (Chan,2012) y hace énfasis en los recursos personales actitudinales ante la muerte más que en los conocimientos y habilidades. El concepto nació de un estudio cualitativo realizado por él, en Hong Kong en el año 2008 en 176 profesionales de distintas disciplinas que trabajan con el morir, a quienes se les aplicó una pregunta abierta: *¿Cuáles crees que son las competencias necesarias en el trabajo con la muerte?* Los resultados fueron agrupados en 4 categorías: conocimientos, prácticas, autocompetencia y ambiente laboral. La mayor valoración fue el concepto de autocompetencia, entendido como el uso de los recursos personales y de afrontamiento emocional y existencial para asumir el impacto del trabajo de la muerte en uno mismo.

Los recursos personales se refieren a los atributos y experiencias personales como: calma, paciencia, compasión, disponibilidad para colaborar, sentido de humor, creatividad, disponibilidad para aprender, carisma, flexibilidad. La capacidad de afrontamiento es dividida en dos áreas: existencial y emocional. La esfera existencial hace alusión a la espiritualidad, búsqueda de sentido, fe y religiosidad. La esfera emocional entendida como la capacidad de manejar las emociones provocadas por el trabajo con la muerte de pacientes, dentro de lo cual destacaban la importancia del autocuidado, de mantener una buena salud mental, de tomar distancia de las emociones después del trabajo, y de ser capaces de enfrentar la propia ansiedad ante la muerte y las experiencias de duelos previas. En la figura 2 se muestra el esquema de competencia ante la muerte propuesto por Chan.

Figura 2. Conceptualización de la competencia ante la muerte (Extraído de “Beyond Knowledge and Skills: Self-Competence in working with Death, Dying and Bereavement” WCH Chan & AF Tin , 2012)



Un concepto muy relacionado al de autocompetencia es el de autoeficacia ante la muerte basado en la teoría cognitiva social de Bandura (Bandura, 1997) que hace referencia a la creencia en la propia capacidad para desarrollar una conducta particular. Basándose en esta teoría, Bugen clasificó la autoeficacia para afrontar la muerte en dos categorías: la capacidad de enfrentarse a la muerte de uno mismo (capacidad para comprender la muerte, expresar emociones relacionadas con la

muerte) y la capacidad de enfrentarse a la muerte de los demás (capacidad para comunicarse con los moribundos) (Bugen, 1981). La autoeficacia ante la muerte sería entonces una respuesta adaptativa positiva que las personas usan para reducir el estrés cuando se enfrentan al evento de la muerte (Lin X, 2021).

En relación con los instrumentos de evaluación de las competencias ante la muerte, la primera escala creada fue la Escala de Afrontamiento de la muerte de Bugen en el año 1981, la que fue desarrollada en el contexto de una formación de voluntarios en un hospicio; por lo tanto, su objetivo era valorar la eficacia de la intervención educativa; a través de 30 ítems que evalúan las habilidades y capacidades que tienen las personas frente a la muerte, así como sus creencias y actitudes. Esta escala se encuentra validada al español (Galiana, 2017) y existe una versión acortada con 9 ítems que fue validada con profesionales de Cuidados paliativos de Argentina y España (Galiana, 2019).

Del estudio chino de Chan y colaboradores antes señalado, se creó la escala de autocompetencia ante la muerte (*SC-DWS*) la cual evalúa la percepción de competencia en el trabajo en fin de vida. Fue desarrollada con un total de 151 participantes reclutados de distintas profesiones que trabajan específicamente con la muerte. Consta de 16 ítems con respuestas tipo Likert de 5 anclajes, (siendo 1 totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo) y evalúan las actitudes emocionales y existenciales, el impacto de la muerte, las estrategias de afrontamiento y el significado que los profesionales le asignan a la vida. (Anexo 1)

La puntuación total de la escala se obtiene mediante la suma de las puntuaciones de los 16 ítems, siendo el puntaje máximo de 80, que significaría una mayor competencia percibida ante la muerte. Posteriormente esta escala fue traducida y validada al español y presenta propiedades psicométricas adecuadas (Vallés Frutoso ,2019).

Otro instrumento es la escala de autoeficacia frente a la muerte basado en la teoría de aprendizaje social de Bandura antes mencionada. Existen varias otras escalas que evalúan específicamente las actitudes o la ansiedad ante la muerte.

Considerando la importancia de este tema, más aún en el contexto actual en que la pandemia de COVID-19 ha llevado a una mayor visibilidad de la muerte y una mayor conciencia de finitud, cobra relevancia abordar la aceptación de la muerte mediante este enfoque por competencias, específicamente en los profesionales de las unidades de cuidados paliativos públicos de nuestro país, quienes están enfocados, hasta ahora, en la atención de pacientes con cáncer avanzado.

Según datos del Ministerio de Salud, a lo largo de Chile existen 183 Unidades de cuidados paliativos públicas, las cuales cuentan con distintos niveles de complejidad; se estima que cerca del 50% de ellas son de alta y mediana complejidad, ubicadas en los niveles secundarios y terciarios de salud y están destinadas principalmente a la atención de pacientes oncológicos .En el año 2019 fueron atendidos 42.214 pacientes con cáncer , de los cuales el 83% correspondió a pacientes con cáncer avanzado (fuente MINSAL).

El 70% de los pacientes fallecidos murió en el hogar, lo que supone un elevado número de pacientes moribundos a atender en domicilio, eso sin contar los pacientes que mueren por otras causas.

A nivel nacional, existe un estudio realizado en la región del Biobío en el que se evaluaron las actitudes hacia el cuidado al final de la vida en profesionales de enfermería que trabajaban en unidades de cuidados paliativos de la región. Si bien se demostró una tendencia favorable en las actitudes hacia el final de la vida, se concluyó que se requiere mayor formación profesional para ayudar al afrontamiento emocional y actitudinal hacia el cuidado al final de la vida (Espinoza, 2016).

Debido a que el concepto de autocompetencia ante la muerte integra tanto los aspectos emocionales y existenciales que se generan en el trabajo en pacientes en fin de vida ; la escala propuesta por Chan de autocompetencia ante la muerte en trabajo en fin de vida (SC-DWS) fue el instrumento escogido para la presente investigación.(Anexo 1)

Reflexiones éticas de la competencia ante la muerte:

Los profesionales de cuidados paliativos enfrentan una variedad de desafíos éticos, especialmente en el final de la vida, por ejemplo, suspensión o no inicio de tratamientos, sedación paliativa, subrogación, voluntades anticipadas, muerte médicamente asistida, entre otros (Schofield, 2021).

Un deficiente nivel de competencias ante la muerte podría llevar a los cursos extremos de acción: ya sea al abandono o a la obstinación terapéutica de un paciente en etapas avanzadas de su enfermedad. El debate ético en cuidados paliativos se ha centrado en 3 enfoques principales: principialismo, ética del cuidado y ética de la virtud (De Panfilis, 2019).

Desde la bioética principialista, la competencia ante la muerte afecta directamente los principios de beneficencia (que se resume muy bien en el adagio de los cuidados paliativos: “*curar a veces, aliviar a menudo y consolar siempre*”) y la no maleficencia dado que muchas decisiones clínicas en el final de la vida están relacionadas con estos principios, como por ejemplo la adecuación del esfuerzo terapéutico. Otra situación frecuente, en nuestro medio, que afecta al principio de autonomía, específicamente al derecho a la información del paciente es la llamada conspiración del silencio o pacto del silencio que consiste en ocultar la información diagnóstica o pronóstica al paciente y entre los factores desencadenantes está la falta de habilidades para la comunicación de noticias difíciles y de hablar abiertamente de la muerte por parte de los profesionales (Gómez Sancho 2019, Espinoza-Suarez, 2017). Y en cuanto al principio de Justicia, La lucha contra la muerte puede llevar a tratamientos de elevado costo afectando la distribución equitativa de los recursos.

Desde la ética del cuidado, que es el eje central en la filosofía de los cuidados paliativos, cuidar bien requiere de técnicas y competencias que deben tener los profesionales para que la persona atendida sea el centro de la atención. Simone

Roach enfermera y filósofa determina que el cuidar presenta seis características esenciales, las 6 “C”: Compasión, Competencia, Confianza, Conciencia, Compromiso y Comportamiento (Roach ,2002). Desde esta mirada, también el autocuidado del profesional es una responsabilidad ética para prevenir el desgaste profesional asociado a la alta demanda de ayuda que necesitan los pacientes y familiares en las etapas avanzadas de la enfermedad.

Es tan relevante el autocuidado de los profesionales que la Asociación Europea de Cuidados Paliativos considera el autocuidado como una de las 10 competencias esenciales de los cuidados paliativos (EAPC, 2012). Cicely Saunders, quien es considerada la fundadora de los cuidados paliativos modernos decía que: *“La muerte es como el sol: se puede mirar un segundo, pero no todo el tiempo. Hay que saber mirar a otro sitio, y ese otro sitio es la vida”* (citado en Massé y De la Torre, 2020).

En particular el síndrome de burnout o desgaste emocional se genera en condiciones de trabajo adversas y la OMS lo definió como: “un síndrome que resulta de estresores crónicos de trabajo que no han sido afrontados exitosamente. Se encuentra caracterizado por tres dimensiones: sentimientos de deterioro de energía o agotamiento, distanciamiento mental del trabajo o sentimientos negativos o indiferencia relacionada al trabajo y eficacia profesional reducida. En el año 2019 la OMS incluyó el síndrome de burnout en la lista de la clasificación internacional de Enfermedades (CIE -11), no como una condición médica sino como un fenómeno ocupacional dentro de los” problemas asociados con el empleo o desempleo”.

La exigencia emocional que genera el contacto diario con el sufrimiento puede llegar a ser altamente estresante y si a eso le agregamos la alta demanda de pacientes, el poco tiempo disponible, las relaciones difíciles con algunos pacientes y familiares hace que sea fundamental la práctica del autocuidado.

Algunas investigaciones, sin embargo, han evidenciado que los equipos de cuidados paliativos no necesariamente experimentan un nivel de estrés mayor que otros profesionales de la salud sino, a la inversa, la mayoría reportan mayores niveles de satisfacción y significado en su trabajo, reconociendo que el cuidar a pacientes en fin de vida puede ser una experiencia enriquecedora que favorece el crecimiento personal (Kearney,2009; Sinclair 2011, Zambrano 2014)

Especialmente relevante ha cobrado el autocuidado debido al contexto actual de la pandemia, que ha llevado a un aumento de los problemas de salud mental en los profesionales sanitarios, un mayor riesgo de Burnout, lo que está asociado a altas tasas de ansiedad, depresión y abuso de sustancias (Prasad, 2021). Los profesionales de salud se han visto enfrentados a una variedad de demandas, incertidumbre y mayor exposición a la muerte. El impacto en los equipos de cuidados paliativos no ha sido menor, tanto por el rol que han debido de asumir para el alivio del sufrimiento de los pacientes no candidatos a soporte respiratorio, como también por los cambios en la modalidad de atención a la que los equipos de paliativos están habituados: el morir en casa acompañado junto a la familia ,el contacto físico y la cercanía , la forma de comunicación con el paciente y familia así como los rituales de despedida se han visto trastocados por las medidas de distanciamiento , el uso de equipos de protección personal , lo que ha llevado a la

muerte en soledad de muchos pacientes. (Pastrana, 2021)

Finalmente, y a mi juicio, el argumento fundamental que favorece la competencia ante la muerte viene desde la ética de la virtud, y está basada en la ética aristotélica y en el concepto clásico de virtud que pone el foco en el agente y sus intenciones. Pellegrino reconoce siete virtudes como cardinales para la excelencia profesional: la fidelidad a la confianza entregada por el paciente, benevolencia, compasión y cuidado, honestidad intelectual, justicia, postergación del interés propio del profesional y prudencia (Pellegrino, 1993). Si bien no hay un orden jerárquico entre las virtudes, en la atención de pacientes en la etapa final, prevalece la compasión por sobre las demás virtudes, definida ésta como un sentido básico de cuidado y apertura sensible al sufrimiento de uno mismo y de los demás unido a la motivación profunda de aliviarlo y prevenirlo (Fotaki,2015).

Agregaría a estas virtudes, el valor de la humildad, en especial la humildad cultural que hace referencia a un proceso de apertura y ausencia de ego al interactuar con personas de otras culturas (Fahlberg,2017) puesto que precisamente sobre las creencias y sentido de la muerte hay una enorme variedad de opiniones según la cosmovisión dominante, y aunque parezca extraño, también incluiría el humor o la alegría como virtud, cuando sea pertinente, ya que puede favorecer una actitud positiva y contribuir a una mejor comunicación con el paciente ,la familia y entre el equipo de salud. (Cuervo, 2018)

Hipótesis:

En base a los conceptos teóricos descritos, sumado a la experiencia laboral en una unidad de cuidados paliativos, me propuse ahondar en la aceptación de la muerte desde el enfoque de las competencias en mi trabajo de grado para el magister en Bioética. Para este efecto la pregunta planteada es saber si los profesionales que se dedican a los cuidados paliativos cuentan con un nivel adecuado de competencia percibida ante la muerte, mediante la aplicación de la escala SC-DWS.

Las hipótesis planteadas son:

- 1.- Los profesionales que trabajan en cuidados paliativos en Chile tienen un nivel adecuado de autocompetencia ante la muerte.
- 2.- Existen diferencias de autopercepción de competencias ante la muerte de acuerdo con la edad, género, profesión, años de experiencia profesional y creencia religiosa.

Objetivos de la investigación:**Objetivo general:**

Determinar el nivel de percepción de autocompetencia ante la muerte que presentan los profesionales que trabajan en unidades de cuidados paliativos de adultos en los servicios públicos del país.

Objetivos específicos:

1. Describir el perfil sociodemográfico de la muestra de acuerdo con las variables: edad, género, profesión, años de servicio en cuidados paliativos, nivel de formación y creencia religiosa.
2. Relacionar las variables con el nivel de autocompetencia ante la muerte.
3. Evaluar la necesidad de aprendizaje en temas de competencias ante la muerte.

Metodología:

Diseño de investigación: Estudio descriptivo transversal.

El proyecto fue presentado y aprobado por el comité Etico-Cientifico del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (Anexo 4)

Se realizó una revisión bibliográfica previamente y se aplicó vía correo electrónico el cuestionario SC-DWS, previa solicitud de autorización del uso de la encuesta a los autores españoles quienes validaron la encuesta original al español y al autor original de la encuesta (Valles Frutoso,2019).

El cuestionario fue enviado solicitando respuestas anónimas y voluntarias a través del sistema gratuito de Google encuestas online. La invitación fue por correo electrónico y homologó el proceso de consentimiento informado, de manera que, dentro de la encuesta, la primera pregunta se refirió a la aceptación o no de

participar en el estudio. Además de los datos sociodemográficos, se preguntó por el nivel de formación en cuidados paliativos, la frecuencia con que asisten a pacientes en fin de vida, si ha cursado alguna formación específica en competencias ante la muerte , qué tan necesario considera la capacitación en el tema y debido a que dentro de los factores existenciales está incluida la fe, se incluyó la pregunta de existencia de alguna creencia religiosa. Se dejó un espacio para quien quisiera hacer algún comentario adicional. (Anexo 2 y 3)

Población objetivo:

Profesionales de las unidades de cuidados paliativos del sistema público de adultos distribuidas en territorio chileno (de Arica a Punta Arenas). Se incluyó a médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales.

Criterios de Inclusión: Profesionales con más de 1 año de experiencia en atención paliativa que se desempeñan en unidades de cuidados paliativos públicas de adultos de mediana y alta complejidad del país.

Criterios de Exclusión: Profesionales que realizan atenciones de cuidados paliativos en unidades de atención primaria de salud.

No se consideró incluir a otros profesionales (químico-farmacéuticos, kinesiólogos, nutricionistas) debido a que la mayoría de las unidades no cuentan con dichos profesionales.

Los correos electrónicos de los participantes fueron obtenidos de la base de datos disponibles del MINSAL (la cual contemplaba 150 Unidades al momento de solicitar dicha información, de éstas fueron excluidas las unidades de baja complejidad dispuestas en los CESFAM). Se envió un correo a los encargados de cada unidad y se les solicitó los correos de los profesionales que tuviesen más de 1 año de experiencia laboral, a los cuales posteriormente se les envió el cuestionario. Se realizaron tres intentos de recordatorio para contestar la encuesta, todos durante el mes de agosto de 2021.

Resultados:

a) Datos generales:

Se enviaron 216 encuestas vía correo electrónico y se obtuvieron 106 respuestas (tasa de respuesta 49%). El 76% corresponde a mujeres (n=81). El 61% de los encuestados fueron médicos (n = 65). La tabla 1 muestra la tasa de respuesta según profesión y género. El promedio de edad de los encuestados es de 41 años (Rango de 25 a 68 años).

Tabla 1 Participantes en el estudio y tasa de respuestas

Profesión	N° de personas invitadas a participar	N° de personas participantes	Porcentaje de respuesta
Médicos	113	65	57,5%
Hombre	46	18	39.1%
Mujer	67	47	70.1%
Enfermeros	54	20	37%
Hombre	3	2	66,6%
Mujer	51	18	35,2%
Psicólogos	38	16	42,1%
Hombre	12	5	41,6%
Mujer	26	11	42,3%
Trabajador social	11	5	45,4%
Hombre	2	0	0 %
Mujer	9	5	55,5%
Total	216	106	49,0%

La tabla 2 muestra el perfil laboral de los encuestados. Destaca la frecuencia en que los profesionales atienden a pacientes en fin de vida es alta, cerca del 60% de los encuestados casi a diario asisten a pacientes en fin de vida, y solo 5 del total atienden una vez al mes. Un 43% de los profesionales no ha tenido capacitación específica sobre competencias ante la muerte.

El 68,2% de los encuestados (n= 73) tiene alguna creencia religiosa, y un 8,5% se considera ateo (n =9), el 22,4% (n=24) se considera agnóstico.

Tabla 2 Perfil laboral de los participantes

Años de experiencia en cuidados Paliativos	1 a 5 años	50 (46,7%)
	6 a 10 años	25 (23,3%)
	11 a 15 años	12 (11,2%)
	Más de 15	20 (18,6%)
Nivel de formación en Cuidados paliativos * (Más de una opción contestada)	Especialidad	21 (20,6%)
	Magister	16 (15,7%)
	Diplomados	41 (40,2%)
	Cursos	65 (63%)
Frecuencia de pacientes en fin de vida	Casi a diario	64 (59,8%)
	Una vez semana	37 (34,5%)
	Una vez al mes	5 (5,6%)
Capacitación específica sobre competencia ante la muerte	Si	60 (57%)
	NO	46 (42,9%)

b) Resultados Objetivo General: Escala de autocompetencia para el trabajo en fin de vida (SC-DWS):

Tabla 3: Escala SC-DWS

	Total Desacuerdo	Moderado Desacuerdo	Ni acuerdo Ni desacuerdo	Moderado acuerdo	Total acuerdo
1 Acepto plenamente que no tengo control total sobre la vida. Por ejemplo, sobre la vida y muerte del paciente del servicio	2 (1.8%)	1 (0.9%)	1 (0.9%)	20 (18.8%)	82 (77.3%)
2 Acepto plenamente que el sufrimiento es inevitable. Por ejemplo, el sufrimiento del paciente en el proceso de morir	29 (27.3%)	27 (25.4%)	13 (12.2%)	19 (17.9%)	18 (16.9%)
3 Estoy preparado/a para mi muerte y la de mi familia. Por ejemplo, abierto a discutir sobre la muerte con mi familia o pensar en mi funeral	2 (1.8%)	8 (7.5%)	13 (12.2%)	35 (33.0%)	48 (45.2%)
4 He finalizado la mayor parte de mis asuntos, lo que ha reducido mis preocupaciones vitales	14 (13.2%)	23 (21.6%)	30 (28.3%)	22 (20.7%)	17 (16.0%)
5 Para afrontar las incertidumbres de la vida, acepto las cosas como vienen y aplico este principio a mi vida	0	7 (6.6%)	27 (25.4%)	44 (41.5%)	28 (26.4%)
6 Para afrontar las incertidumbres, vivo la vida de manera más positiva y, así, le encuentro significado	0	2 (1.8%)	7 (6.6%)	74 (69.8%)	23 (21.6%)
7 Acepto plenamente que mis emociones se activan durante mi trabajo	1 (0.9%)	6 (5.6%)	15 (14.1%)	30 (28.3%)	54 (50.9%)
8 Puedo afrontar eficazmente las emociones provocadas por mi trabajo	1 (0.9%)	3 (2.8%)	17 (16.0%)	55 (51.8%)	30 (28.3%)
9 He afrontado experiencias de duelo y/o experiencias relacionadas con la muerte	1 (0.9%)	2 (1.8%)	6 (5.6%)	7 (6.6%)	90 (84.9%)
10 Cuando me siento estresado/a por el trabajo, puedo atender correctamente a mis necesidades	3 (2.8%)	16 (15.0%)	30 (28.3%)	43 (40.5%)	14 (13.2%)
11 Entiendo la naturaleza del trabajo relacionado con la muerte, incluyendo los sentimientos de piedad o depresión	0	0	2 (1.8%)	25 (23.5%)	79 (74.5%)
12 Aunque entiendo que la muerte es inevitable, valoro la importancia de mi trabajo	0	0	0	2 (1.8%)	104 (98.1%)
13 cuando me siento estresado/a por el trabajo, puedo encontrar sentido a lo que hago	0	4 (3.7%)	9 (8.4%)	26 (24.5%)	67 (63.2%)
14 No llevo a la vida las emociones derivadas del trabajo, ni traigo al trabajo las emociones de la vida	3 (2.8%)	12 (11.3%)	28 (26.4%)	42 (39.6%)	21 (19.8%)
15 Admito que los profesionales de los cuidados, como los demás, están preocupados por la vida o la muerte por lo que acepto mis limitaciones en el trabajo	0	0	6 (5.6%)	16 (15.0%)	84 (79.2%)
16 Acepto plenamente que, aunque soy un/a profesional de los cuidados, me siento indefenso/a ante la vida y la muerte	4 (3.7%)	12 (11.3%)	18 (16.9%)	24 (22%)	48 (45.2%)

De la sumatoria de puntajes de la escala SC-DWS se agruparon en 3 categorías; Bajo, Mediano y Alto nivel de autocompetencia .De esta ponderación se obtuvo que el 85% de los profesionales cuentan con un nivel mediano a alto de autocompetencia ante la muerte. Solo un 14% de los encuestados presenta una baja autocompetencia ante la muerte (tabla 4)

Tabla 4: Nivel de autocompetencia ante la muerte

Nivel de autocompetencia SC-DWS	N°	Porcentaje
Bajo Nivel de autocompetencia Score 16 -39	15	14.1 %
Mediano Nivel de Autocompetencia Score 40-63	46	43.3%
Alto nivel de autocompetencia Score 64-80	45	42.4%
TOTAL	106	100%

En general las puntuaciones de la mayoría de las afirmaciones fueron concentradas en las categorías 4 ó 5, es decir, moderada a altamente de acuerdo. La tabla 5 muestra la media de cada ítem de la escala SC-DWS

Tabla 5 Media y desviación estándar de cada ítem de la escala SC-DWS

1. Acepto plenamente que no tengo control total sobre la vida. Por ejemplo, sobre la vida y muerte del paciente del servicio	4,7 (0.6)
2. Acepto plenamente que el sufrimiento es inevitable. Por ejemplo, el sufrimiento del paciente en el proceso de morir	2.7(1.4)
3. Estoy preparado/a para mi muerte y la de mi familia. Por ejemplo, abierto a discutir sobre la muerte con mi familia o pensar en mi funeral	4.1(1.0)
4. He finalizado la mayor parte de mis asuntos, lo que ha reducido mis preocupaciones vitales	3-0(1.2)
5. Para afrontar las incertidumbres de la vida, acepto las cosas como vienen y aplico este principio a mi vida	3.8 (0.8)
6. Para afrontar las incertidumbres, vivo la vida de manera más positiva y, así, le encuentro significado	4.0 (0.8)
7. Acepto plenamente que mis emociones se activan durante mi trabajo	4.2(0.9)
8. Puede afrontar eficazmente las emociones provocadas por mi trabajo	4.0(0.7)
9. He afrontado experiencias de duelo y/o experiencias relacionadas con la muerte	4.7(0.7)
10. Cuando me siento estresado/a por el trabajo, puedo atender correctamente a mis necesidades	3.4(1.0)
11. Entiendo la naturaleza del trabajo relacionado con la muerte, incluyendo los sentimientos de piedad o depresión	4.7(0.4)
12. Aunque entiendo que la muerte es inevitable, valoro la importancia de mi trabajo	4.9(0.1)
13. Cuando me siento estresado/a por el trabajo, puedo encontrar sentido a lo que hago	4.4(0.8)
14. No llevo a la vida las emociones derivadas del trabajo, ni traigo al trabajo las emociones de la vida	3.6 (1.9)
15. Admito que los profesionales de los cuidados están preocupados por la vida o la muerte como los demás, por lo que acepto mis limitaciones en el trabajo	4.4 (0.8)
16. Acepto plenamente que, aunque soy un/a profesional de los cuidados, me siento indefenso/a ante la vida y la muerte	3.9(1.1)

Solo 3 de las afirmaciones mostraron una mayor dispersión en las respuestas, las que se muestran en los gráficos 1,2 y 3.

La afirmación 2 : *“Acepto plenamente que el sufrimiento es inevitable .Por ejemplo ,el sufrimiento del paciente en el proceso de morir “*, fue la afirmación que tuvo más baja puntuación de todas (media :2.7). A su vez, el ítem con mayor puntuación fue *“Aunque entiendo que la muerte es inevitable, valoro la importancia de mi trabajo”* cuya media de puntuación fue de 4.9

Gráfico 1

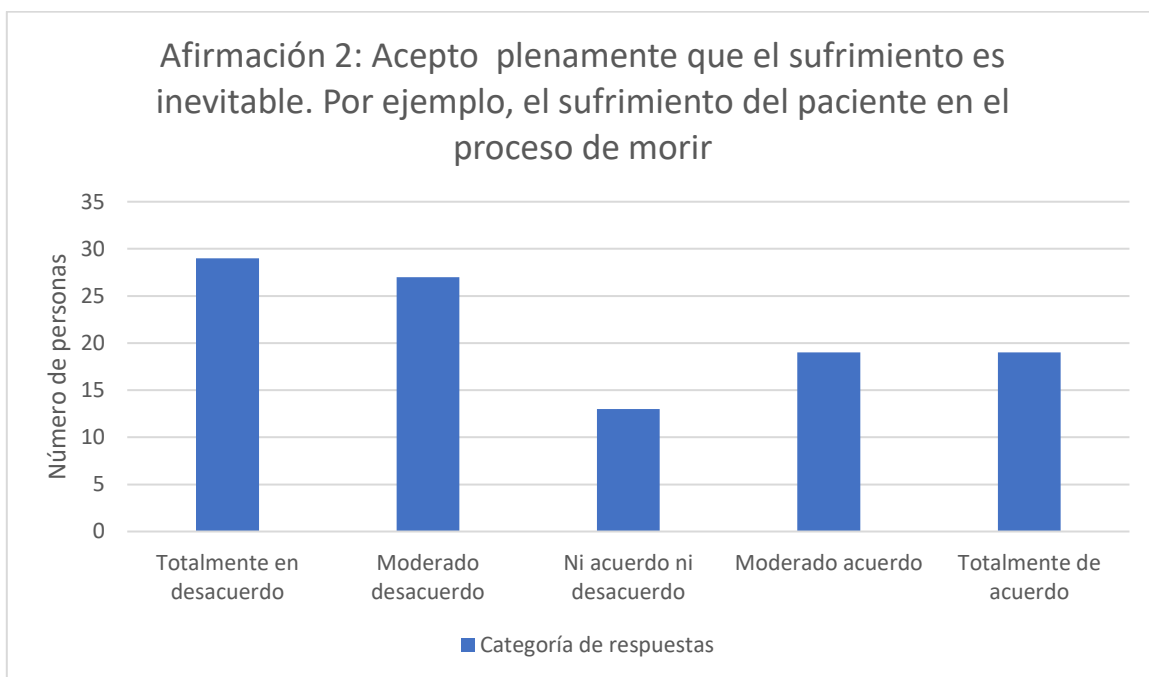


Gráfico 2:

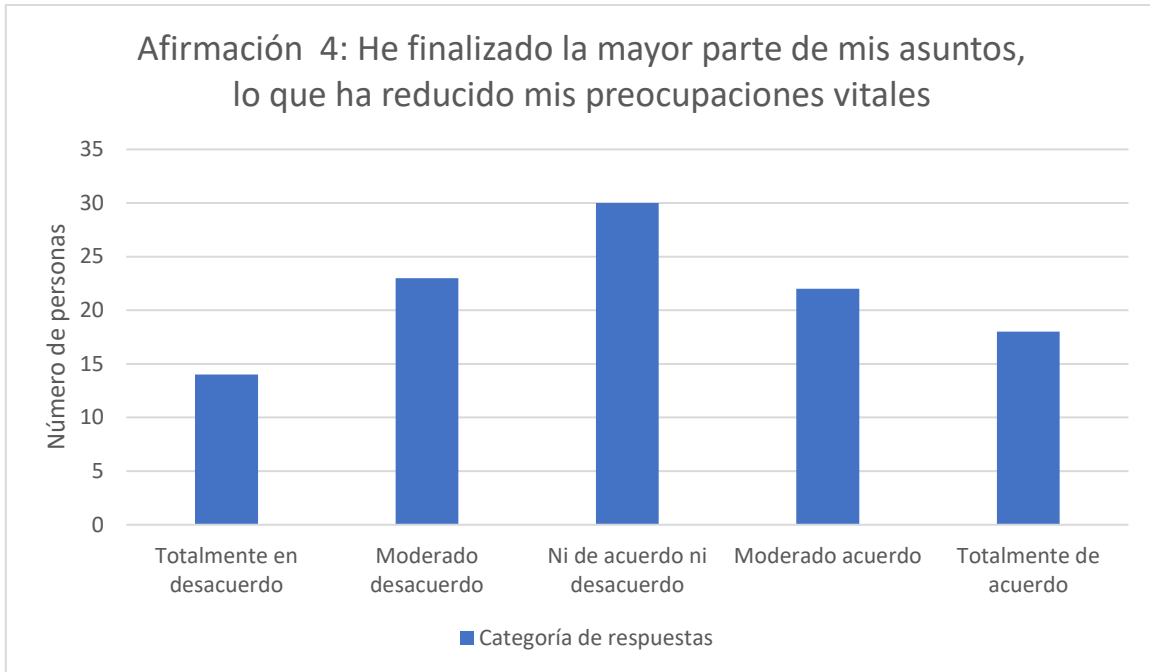
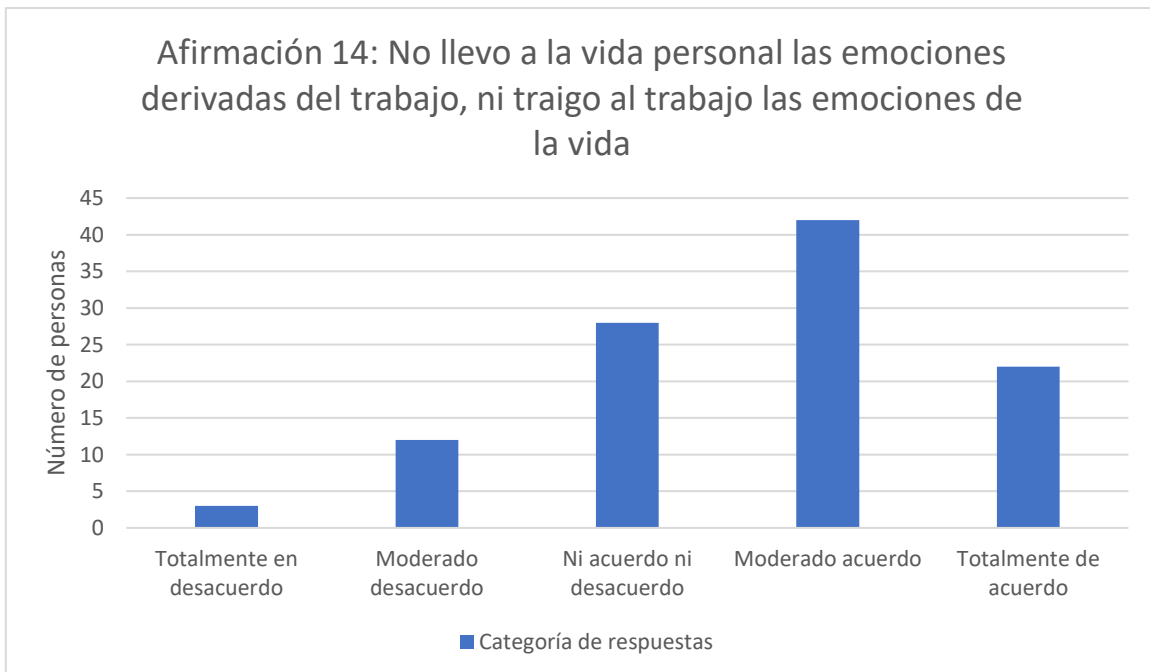


Gráfico 3:



c) Resultados Objetivos específicos:

Las siguientes tablas muestran las respuestas de acuerdo a las variables de género, edad , profesión , años de experiencia , frecuencia de atención de pacientes en fin de vida , formación específica y creencia religiosa.

Tabla 6 .Nivel de autocompetencia según género

Nivel de autocompetencia ante la muerte	Femenino	masculino	Total
Bajo	12 (14.8%)	3(12%)	15 (14%)
Mediana	32(30.1%)	13(52%)	45(42.4%)
Alta	37(45.6%)	9 (36%%)	46 (43.3%)
Total	81	25	106

Tabla 7 Nivel de autocompetencia según grupo etáreo.

Nivel de autocompetencia ante la muerte	25-34 años	35-44 años	45-54 años	Más de 55 años	Total
Bajo	7 (19.4%)	4 (11.4%)	3 (15%)	1 (6.6%)	15
Mediana	17 (47.2%)	16 (45.7%)	8 (40%)	4 (26.6%)	45
Alta	12 (33,3%)	15 /42.8%)	9 (45%)	10 (66.6%)	46
total	36	35	20	15	106

Tabla 8 Nivel de autocompetencia según años de experiencia en cuidados paliativos

Nivel de autocompetencia	1 a 5 años (n=50)	6 a 10 años (n=25)	11 a 15 años (n=12)	16 y más años (n=19)	total
Bajo	9 (18%)	4 (16%)	1 (8.3%)	1(5.2%)	15
Mediano	24 (48%)	9 (36%)	5 (41.6%)	7 (36.8%)	45
Alto	17 (34%)	12(48%)	6(50%)	11 (57.8%)	46
Total	50	25	12	19	106

Tabla 9 Nivel de autocompetencia según profesión

Nivel de autocompetencia	Médicos	Enfermeros	Psicólogos	Trabajadores sociales	Total
Bajo	11(16.9%)	4 (20%)	0	0	15
Mediano	29 (44.6%)	8(40%)	7(43.7%)	2(40%)	45
Alto	25 (38.4%)	8(40%)	9(56.2%)	3 (60%)	46
Total	65	20	16	5	106

Tabla 10 :Nivel de autocompetencia según frecuencia de atención de pacientes en fin de vida

Nivel de autocompetencia	Casi a diario	Una vez por semana	Una vez al mes	Total
Bajo	8(12%)	6 (16.2%)	1(20%)	15
Mediano	22 (34.3%)	21(56.7%)	2(40%)	45
Alto	34 (53%)	10(27%)	2(40%)	46
Total	64	37	5	106

Tabla 11 Nivel de autocompetencia según creencia religiosa

Nivel de autocompetencia	Creyente	No creyente	Total
Bajo	11 (15.0%)	4 (12.1%)	15
Mediano	30 (41.0%)	15 (45.4%)	45
Alto	32 (43.8%)	14 (42.4%)	46
Total	73	33	106

Tabla 12 Nivel de autocompetencia según capacitación específica en competencias ante la muerte

Nivel de autocompetencia	Capacitación	Sin capacitación	Total
Bajo	6(10.0%)	9 (19.5)	15
Mediano	23 (38.3%)	23(50%)	45
Alto	31 (51.6%)	14 (21.7%)	46
Total	60	46	106

Para el análisis estadístico se dicotomizaron variables categóricas, y se compararon con la variable continua que corresponde al puntaje total de la encuesta (Tabla 13). Para el análisis se utilizó la prueba T de Student para evaluar si las diferencias entre las medias de cada categoría eran estadísticamente significativa. Se consideró un $p < 0.05$ para significancia estadística y se utilizó el software estadístico R ver 4.2. Debido a que la cantidad de médicos participantes ($n=65$) no es comparable con el resto de los profesionales, éstos se agruparon en una sola categoría, no médicos ($n= 41$)

Tabla 13 Significancia estadística según variables

Variable	Significación estadística (p.valor)
Género (Mujer vs Hombre)	p-valor = 0.6791
Disciplina profesional (Médica vs No Médica)	p-valor = 0.3068
Frecuencia de atención en fin de vida (Casi a diario vs Semanal o mensual)	p-valor = 0.03937
Creencia Religiosa (No vs Si)	p-valor = 0.9828
Formación Específica en competencias ante la muerte (No vs Si)	p-valor = 0.02359

Del análisis estadístico se concluye que existe una diferencia significativa en los resultados de la encuesta en aquellos que han tenido una formación específica en competencias ante la muerte y en quienes atienden pacientes en fin de vida casi a diario. No se encontraron diferencias significativas en género, profesión, creencia religiosa. Al comparar los resultados según experiencia laboral en atenciones de fin de vida, se utilizó análisis de varianza. No se encontró diferencias significativas entre los grupos ($p= 0.1170$)

En relación con la necesidad de capacitación en temas de competencias ante la muerte, es destacable que el 99% considera muy importante recibir alguna capacitación.

d) Comentarios adicionales:

En los comentarios abiertos, 36 profesionales hicieron algún comentario; la mayoría enfocados en la relevancia y agradecimiento por abordar el tema de la muerte, en la necesidad de más formación específica, y en la importancia de la compasión y del autocuidado para sobrellevar la muerte de los pacientes. Cabe destacar que 4 personas comentaron la dificultad de comprensión de algunas de las afirmaciones de la escala.

Discusión:

Los resultados obtenidos en el estudio apoyan la veracidad de la hipótesis planteada, es decir los profesionales que trabajan en las unidades de cuidados paliativos perciben que tienen un adecuado nivel de competencia ante la muerte. Destaca que sea elevado el porcentaje que afirma tener un moderado a alto nivel de autocompetencia (85%). Sin embargo, el resultado debe ser tomado con cautela: podría influir el sesgo de deseabilidad social, es decir, se contesta lo que se espera que sea una respuesta adecuada, y otro factor a considerar es que al tratarse de una encuesta voluntaria, quienes participan podrían ser los que habitualmente presentan mayor motivación y están más abiertos a los temas relacionados con la muerte. Por otra parte, resulta llamativo el alto porcentaje, casi 60%, de profesionales que asisten casi a diario a pacientes en el final de la vida, lo cual explica esta alta percepción de competencia dada su amplia experiencia clínica y

fue una de las variables que mostró diferencias significativas sobre los que tienen menos contacto con pacientes en fin de vida.

En relación con las 3 afirmaciones que presentaron dispersión en sus respuestas como se mostró en los gráficos anteriores, la afirmación 2: ***Acepto plenamente que el sufrimiento es inevitable. Por ejemplo, el sufrimiento del paciente en el proceso de morir.*** Es probable que esta frase generara confusión (3 de los encuestados así lo expresaron en sus comentarios). La célebre frase acuñada por Erick Casell “*Los cuerpos duelen, las personas sufren*” puede ser refutada por otra también clásica frase atribuida a la tradición budista “*El dolor es inevitable, el sufrimiento es opcional*” y por lo tanto si alguno de los encuestados sigue de alguna manera esta filosofía estaría totalmente en desacuerdo con la afirmación, afectando la puntuación. De ahí que esta afirmación presenta problemas de validez de constructo.

En la afirmación 4: ***He finalizado la mayor parte de mis asuntos, lo que ha reducido mis preocupaciones vitales.*** Apunta hacia el sentido de nuestra existencia y a ser conscientes del hecho que podemos morir en cualquier momento, por tanto, no deberíamos tener “temas pendientes”. Un 37% estaba moderada o totalmente de acuerdo y una persona manifestó no entender el enunciado.

En la afirmación 14: ***No llevo a la vida personal las emociones del trabajo, ni traigo al trabajo las emociones de la vida.*** No cabe duda con el enunciado y apunta al autocuidado. Si bien la mayoría (66%) está de acuerdo con la afirmación, se deduce que hay un porcentaje no menor que no logra desconectarse del trabajo.

Una tesis doctoral realizado en España en 385 profesionales de cuidados paliativos, cuya experiencia media de trabajar en esta área era de 10 años, buscó determinar los factores que influían en las competencias de afrontamiento ante la muerte y cómo ésta influía en la calidad de vida del profesional; la encuesta de competencia ante la muerte aplicada fue la escala de Bugen .El resultado del estudio arrojó que los factores más importantes para afrontar la muerte eran: la formación específica sobre final de la vida, las vivencias personales, la práctica de la autoconciencia y el autocuidado. Aquellos profesionales con más experiencia laboral tenían mayores niveles de competencia de afrontamiento y entre ellos, los psicólogos mostraban mejores resultados en comparación con los médicos y los enfermeros. En dicho estudio quedó demostrado que, a mayor competencia ante la muerte, mejor calidad de vida del profesional y menor riesgo de burnout (Sansó, 2014). En este estudio, la formación específica y la frecuencia de atención de pacientes en fin de vida demostraron diferencias significativas, aunque en relación a las distintas disciplinas , los participantes no médicos fueron mucho menos por lo tanto no se pueden obtener conclusiones.

Es destacable que casi el 100% considere muy importante la capacitación en competencias para afrontar la muerte. El enfocar la muerte y el proceso de morir desde las competencias, es susceptible de ser aprendido y permite que los profesionales sean más eficaces en ayudar a sus pacientes, a la vez que aumenta la satisfacción del profesional y disminuye el riesgo de desgaste. Si para los profesionales que trabajan en cuidados paliativos la formación en esta área es una

necesidad tan relevante, debiera ser igualmente importante para profesionales de otras especialidades que atienden pacientes críticos, crónicos avanzados o terminales.

La escala SC-DWS considera que los aspectos existenciales y emocionales son los elementos centrales para el trabajo con pacientes moribundos y en consecuencia la dimensión espiritual debe ser siempre incorporada, sin embargo, en la práctica aún en los cuidados paliativos, este tema no siempre es asumido (Beca,2008)

Dado que este enfoque de autocompetencia ante la muerte es relativamente nuevo, se requiere más investigación especialmente en los métodos de evaluación e idealmente con metodologías cuantitativas y cualitativas. Sería interesante conocer las competencias en otras especialidades tanto de adultos como pediátricas, así como en servicios clínicos del sector privado.

Finalmente, el estudio de las competencias ante la muerte, como vemos, involucra varios aspectos teóricos y prácticos y se impregna de varias disciplinas para su comprensión. Hace falta desarrollar más información e instancias de reflexión, no solo en los profesionales de la salud, sino que también en toda la sociedad. Al respecto en una reciente publicación en la revista *The Lancet*, se informa de la comisión lancet sobre el valor de la muerte "(The Lancet,Commissions, 2022)y hace un llamado a que las actitudes hacia la muerte y el morir sean "reequilibradas" cambiando el enfoque reduccionista de la muerte por un enfoque más holístico, que considere todas las dimensiones de la muerte y no solo de los aspectos médicos.

Los expertos de la comisión Lancet describen una “utopia realista” que se resume en los siguientes cinco principios:

- 1.- Los determinantes sociales de la muerte, el morir y el duelo tienen que ser abordados.
- 2.-Entender que morir es un proceso relacional y espiritual más que un simple evento fisiológico.
- 3.- Incluir a las familias y miembros de la comunidad en las redes de cuidado al final de la vida.
- 4.- Fomentar las conversaciones e historias cotidianas sobre la muerte y el duelo.
- 5.- Reconocer el valor de la muerte.

Afortunadamente desde hace un tiempo han surgido iniciativas sociales, como los “cafés de la muerte” en varias partes del mundo, incluido nuestro país, cuyo objetivo es normalizar el hablar de algo tan natural en la vida como es la muerte (Browne,2017)

Limitaciones:

Una de las limitaciones es que el instrumento elegido, escala SC-DWS tuvo su versión original en China y luego fue traducido y validado al español. No ha sido validado en nuestro país y es probable que algunas afirmaciones no hayan sido bien comprendidas; además es sabido que, en la cultura oriental, la muerte no es un tema tabú y por lo tanto la aproximación a ella puede ser muy diferente, lo que

podría explicar que la valoración existencial y emocional de la encuesta sea diferente a la nuestra.

Otra limitación fue obtener los correos de todos los profesionales las unidades públicas del país. Debido a que el estudio fue llevado a cabo durante el segundo año de la pandemia por COVID-19, es probable que los equipos estuvieran bajo los efectos de la “fatiga pandémica” y esto haya influido en la baja respuesta de los encargados de las unidades. Por otro lado, resultó oportuno abordar el tema de la muerte durante este periodo, en que la pandemia, en sus inicios, puso en evidencia una mayor concientización de la fragilidad de la vida y de la proximidad de la muerte.

Si bien este estudio puede tener limitada representación por la cantidad de encuestas obtenidas considerando la cantidad de unidades públicas existentes plantea la necesidad de investigar más al respecto, así como también la necesidad de organizar y fomentar instancias educativas y de reflexión.

Conclusión

Acompañar a un paciente moribundo puede ser una experiencia significativa y transformadora tanto para el paciente, su familia y también para el equipo de salud, si se ayuda a morir bien. Para este efecto se requiere no solo de conocimientos y destrezas, sino que por sobre todo de una actitud permanente de presencia compasiva. La manera de cómo los profesionales asumen la muerte influye directamente en la calidad de atención del paciente, y por lo tanto en el buen morir; también repercute en las propias vidas de los profesionales.

El concepto de competencia ante la muerte comprende una amplia gama de conocimientos, habilidades y actitudes, condiciones necesarias para favorecer una buena muerte. En este estudio los profesionales de las unidades de cuidados paliativos en su mayoría consideran que tienen un alto nivel de autocompetencia ante la muerte. Dado que el enfoque de autocompetencia ante la muerte es relativamente nuevo, se requiere más investigación, especialmente en los métodos de evaluación e idealmente aplicando de manera combinada metodologías cuantitativas y cualitativas. Más importante aún, es la necesidad de fomentar instancias de educación sobre la muerte no solo en los profesionales de la salud, sino que con el personal técnico de cuidado y a nivel de la sociedad en general.

Revisión bibliográfica

1. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
<https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
2. Beca JP (2008) El cuidado espiritual del enfermo como responsabilidad del profesional de la salud. *Etica de los cuidados*; 1 (1)
3. Black, K (2007) Health Care professionals' and advance directive communication behavior. *Death Studies*, 31, 563-572
4. Broggi M.(2013) Por una muerte apropiada Ed Anagrama.
5. Browne J,Reeves M, Beca JP(2017) End of life in Chile : What can we learn from Death Cafes? *Hos Pal Med Int Jnl* 1 (4) :00019
6. Bugen, L (1981), "Coping: Effects of death education", *Omega*, 11,175-183.
7. Cuervo MA, Chugani-M V, Sanchez M, Sanz A (2018) The Use of Humor en Palliative Care : A Systematic Literature Review . *Am J Hosp Palliat Care* 35(10):1342-1354
8. Chan Wallace Chi Ho Chan & Agnes Fong Tin (2012): Beyond Knowledge And Skills: Self-Competence in Working With Death, Dying, and Bereavement, *Death Studies*, 36:10, 899-913
9. Chan Wallace Chi Ho et al (2015) Coping with existential and emotional challenges :development and validation of de self-Competence in Death Work Scale.

10. Cumplido R, Molina C (2011) Aproximación cualitativa al afrontamiento de la muerte en profesionales de cuidados intensivos *Med Paliat*, 18: 141-8
11. De Panfilis et al (2019) "I go into crisis when...":ethics of care and moral dilemmas in palliative care .*BMC Palliative care* 18:70:
12. Epstein RM, Hundert EM (2002) Defining and assessing professional Competence *JAMA*; 287: 226-35.
13. Espinoza-Suarez Nataly R, Zapata del Mar Carla M .Conspiración del silencio :una barrera en la comunicación médico paciente y familia . *Rev Neuropsiquiatría* 2017:80 (2) 125-36
14. Espinoza Venegas M, Luengo Machuca L, Sanhueza Alvarado O (2016). Actitudes en profesionales de enfermería chilenos hacia el cuidado al final de la vida. *Análisis multivariado.Aquichan.*; 16 (4): 430-446.
15. Fahlberg B, Foronda C, Baptiste D (2017)Humildad cultural: la clave para la alianza paciente-familia al afrontar decisiones difíciles *Nursing* 11-13
16. Galiana L, Oliver A, Sansó N, Padés A, Benito E (2017) Validación confirmatoria de la escala de afrontamiento de la muerte en profesionales de cuidados paliativos. *Med Paliativa* 24 (3)126-135
17. Galiana L, Oliver A, De Simone G, Benito E, Sansó N. (2019) A Brief Measure for the Assessment of Competence in Coping With death: The Coping With Death Scale Short Version. *Journal of Pain and Symptom Management* Vol 17 N2 2019 209-215
18. Gamino Louis, Ritter R (2012) Death Competence: An Ethical Imperative .*Death Studies* 36: 23-40,

19. Gawande A. Ser Mortal . la medicina y lo que importa al final Ed Galaxia Gutenberg; 2014
20. Gómez Sancho Marcos (2003) el médico ante la muerte de su enfermo. Avances en Cuidados Paliativos Ed GAFOS 75-91
21. Grau Jorge & Llanta Abreu et al (2008) .Ansiedad y actitudes ante la muerte : revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos (10),27-58
22. IOM (Institute of Medicine). Dying in America: Improving Quality and Honoring Individual Preferences Near the End of Life. Washington (DC): National Academies Press;2015
23. .Kearney M, Weininger R, Vachon M (2009) Self-care of Physicians Caring for Patients at the End of Life:”Being Connected...A key to My Survival “JAMA ,301 (11):1155.1164
24. Kübler-Ross E (1969) Sobre la muerte y los moribundos .Ediciones Grijalbo.
25. Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal and Coping. Nueva York: Springer Publishing
26. Limonero, J.T. (1997). Ansiedad ante la muerte. Ansiedad y Estrés, 3, 37-46
27. Lin X, Li X, Liu Q, Shao S, Xiang W (2021) Big Five Personality Model-based study of death coping self-efficacy in clinical nurses: A cross-sectional survey. PLoS ONE 16(5): e0252430.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252430>

28. Lowry F (1997) Does doctors' own fear of dying hinder palliative care? CAN MED ASSOC J 157:301-2
29. Massé M, De la Torre J (2020) Los profesionales sanitarios ante la muerte. Editorial Dykinson.
30. MINSAL XXIII Jornada Nacional de Cuidados Paliativos . Evaluación Nacional del Programa de Cuidados Paliativos, Asesores Departamento de Cáncer
31. Neimeyer R (1997) Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte. Paidós.
32. Pastrana T, De Lima L, Pettus K, Ramsay A, Napier G, Wenk R, Radbruch L (2021) .the impact f COVID-19 on palliative care workers across the world :A qualitative análisis of responses to apen-ended questiona.Palliative and Supportive carec , 1-6.<https://doi.org/S1478951521000298>
33. Pellegrino ED Toward a virtue-based normative ethics for health professions.Kennedy Inst Ethics J 1995;5 (3):253-77
34. Prasad K et al (2021) Prevalence and correlates of stress and burnout among U:S. healthcare workers during the COVID-19 pandemic : A national cross-sectional survey study.EClinicalMedicine 35(2021) 100879
35. Real Academia Española. En Diccionario de la lengua española.s.f 2021 Recuperado <https://dle.rae.es/afrontar>

36. Robbins, R. A. (1997). Competencia ante la muerte: escala de Bugen de afrontamiento de la muerte y escala de autoeficacia frente a la muerte. En R.A. Neimeyer Ed. Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte (p. 159-174). Barcelona: Paidós
37. Roach, MS (2002) caring the Human Mode of Being : A Blueprint for health professions (2nd re ved.)Ottawa : Canadian Healthcare Association press.Copy from Archives of caring in Nursing,Christine E. Lynn College of Nursing , Florida Atlantic University,ARC-005 Sister M.Simone Roach Papers, 1958-2005,used by permission
38. Sansó N (2014) Afrontamiento ante la muerte en profesionales de cuidados paliativos .Variables moduladoras y consecuentes .Programa de doctorado en ciencias biosociosanitarias .Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS) .Universitat de les Illes Balears
39. Sanso et al Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Relationships Among Awareness, Self-Care, and Compassion Satisfaction and Fatigue, Burnout, and Coping With Death Journal pain and mang Vol. 50 No. 2 August 2015
40. Sinclair S (2011) Impact Of death and dying on the personal lives and practices of palliative and hospice care professionals.CMAJ 183 (2):180-187.
41. Schofield G, Dittborn M, Huxtable R,Brangan E, Selman E (2021) Real-world in palliative care: A systematic review of ethical challenges reported by specialist palliative care practitioners in their clínica practice.palliative Medicine 35(2)335-334

42. Testoni I et al (2018) "Before I die I want to ...": An experience of death education among university students of social service and psychology Health Psychology Open July-December 2018: 1–9
43. Sallnow L, Smith R, Ahmedzai SH, et al Lancet Commission on the Value of Death. Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. Lancet 2022;399:837-84. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02314-X. pmid: 35114146
44. Tomás- Sábado J (2016) Miedo y ansiedad ante la muerte .Aproximación conceptual .Factores relacionados e instrumentos de evaluación.2016 Herder Editorial.
45. Vallés-Frutoso O, Ruz-Peña A, Sepúlveda-Bravo C, Alfonso Arias C, Masnou Brichs L, Tomas Sabado J. Autocompetencia para el trabajo en final de vida.Versión española de la Self-Competence in Death Work Scale. Enferm Clini 2019; 29:3-9
46. World Health Organization WHO Definition of Palliative Care [Internet]. WHO. [citado 22 de septiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
47. World Health Organization WHO Burn-out an " occupational phenomenon": International Classification of Diseases, <http://www.who.int/mentalhealth/evidence/burn-out/en/>
48. Whitehead PR (2014) The lived experience of physicians dealing with patient death BMJ Supportive & Palliative Care; 4:271–276

49. Yalom I (2008) *Mirar al Sol :la superación del miedo a la muerte* .Emecé editors
50. Zambrano s, Chur-Hansen A & Crawford, GB (2014) The experiences, coping mechanisms and impact of death and dying on palliative medicine specialists. *Palliative & Supportive Care*, 12,309-316
51. Zheng R, Lee SF, Bloomer MJ. (2018) How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *J Clin Nurs*; 27:e39–e49.
52. Zimmermann C & Rodin G (2004).The Denial of death thesis: Sociological critique and implications for palliative care .*Palliative Medicine*; 18:121-134
53. Zuccala, M. Menzies, R J. Hunt & Maree J. Abbott (2019): A systematic review of the psychometric properties of death anxiety self-report measures, *Death Studies*, 1-23

**ANEXO 1: Cuestionario de Autocompetencia para el trabajo en final de vida
SC-DWS**

A continuación se presentan una serie de afirmaciones relacionadas con su trabajo y las emociones que este puede provocar. Le pedimos que, en cada una de ellas señale con una X su grado de acuerdo o desacuerdo, de acuerdo con la siguiente escala:

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	Moderado desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

1. Acepto plenamente que no tengo control total sobre la vida. Por ejemplo, sobre la vida y muerte del paciente del servicio	1	2	3	4	5
2. Acepto plenamente que el sufrimiento es inevitable. Por ejemplo, el sufrimiento del paciente en el proceso de morir	1	2	3	4	5
3. Estoy preparado/a para mi muerte y la de mi familia. Por ejemplo, abierto a discutir sobre la muerte con mi familia o pensar en mi funeral	1	2	3	4	5
4. He finalizado la mayor parte de mis asuntos, lo que ha reducido mis preocupaciones vitales	1	2	3	4	5
5. Para afrontar las incertidumbres de la vida, acepto las cosas como vienen y aplico este principio a mi vida	1	2	3	4	5
6. Para afrontar las incertidumbres, vivo la vida de manera más positiva y, así, le encuentro significado	1	2	3	4	5
7. Acepto plenamente que mis emociones se activan durante mi trabajo	1	2	3	4	5
8. Puede afrontar eficazmente las emociones provocadas por mi trabajo	1	2	3	4	5
9. He afrontado experiencias de duelo y/o experiencias relacionadas con la muerte	1	2	3	4	5
10. Cuando me siento estresado/a por el trabajo, puedo atender correctamente a mis necesidades	1	2	3	4	5
11. Entiendo la naturaleza del trabajo relacionado con la muerte, incluyendo los sentimientos de piedad o depresión	1	2	3	4	5
12. Aunque entiendo que la muerte es inevitable, valoro la importancia de mi trabajo	1	2	3	4	5
13. Cuando me siento estresado/a por el trabajo, puedo encontrar sentido a lo que hago	1	2	3	4	5
14. No llevo a la vida las emociones derivadas del trabajo, ni traigo al trabajo las emociones de la vida	1	2	3	4	5

15. Admito que los profesionales de los cuidados están preocupados por la vida o la muerte como los demás, por lo que acepto mis limitaciones en el trabajo	1	2	3	4	5
16. Acepto plenamente que, aunque soy un/a profesional de los cuidados, me siento indefenso/a ante la vida y la muerte	1	2	3	4	5

ANEXO 2

Título de la Investigación: COMPETENCIAS ANTE LA MUERTE EN PROFESIONALES DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS DE CHILE.

La presente investigación es conducida por Marcela González Otaíza, alumna de postgrado del Magister de Bioética de la Universidad del Desarrollo.

El objetivo de este estudio es indagar sobre las competencias ante la muerte que tienen los profesionales que trabajan en las Unidades de Cuidados Paliativos del sector público del país.

Su participación es contestar un cuestionario online de menos de 10 minutos de duración.

No se prevén eventuales riesgos por completar la encuesta, sin embargo usted es libre de suspender su participación en cualquier momento si alguna de las preguntas lo incomoda.

Mediante su participación, contribuirá al conocimiento en relación a las estrategias que utilizan los profesionales para aceptar la muerte.

La participación es voluntaria. La información que se obtenga es confidencial. Sus datos serán resguardados de manera confidencial y serán eliminados después de terminado el estudio. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será en forma completamente anónima.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto puede contactar al correo mmgonz@gmail.com . En caso de dudas sobre sus derechos como participante o de haberse sentido perjudicado por su participación, contactar al presidente del Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, que aprobó el estudio, al teléfono 22575163.

De antemano muchas gracias por su colaboración.

¿Esta Ud. dispuesto a participar?

ACEPTO PARTICIPAR (participante es dirigido al cuestionario)

NO ACEPTO (usuario es redirigido a la página de inicio de google)

ANEXO 3: Datos Generales y Cuestionario ad hoc

Edad:

Género:

- Femenino
- Masculino

Profesión:

- Enfermería
- Medicina
- Psicología
- Trabajador Social

¿Qué tipo de programa de formación ha cursado en cuidados paliativos?

- Especialidad
- Magister
- Diplomado
- Cursos
- Otros

Años de experiencia en cuidados Paliativos:

- 1 a 5 años
- 6 a 10 años
- 11 a 15 años
- 16 a 20 años
- Más de 20 años

Lugar de atención predominante:

- Ambulatoria
- Hospitalaria
- Domiciliaria
- Mixta

¿Con cuánta frecuencia se encuentra con pacientes en fin de vida?

- Casi a diario
- Una vez a la semana
- Una vez al mes
- Raramente

¿Tiene Ud. Alguna creencia religiosa?

- Creyente
- Ateo
- Agnóstico

¿Ha asistido a algún curso o capacitación específica sobre competencias o afrontamiento ante la muerte?

- Si
- No

¿Qué tan importante considera Ud. Para el ejercicio de su profesión tener alguna capacitación sobre competencias ante la muerte?

- Nada importante
- Medianamente importante
- Muy importante

ANEXO 4



Complejo Asistencial
Dr. Sótero del Río
Asesoría Jurídica

Puente Alto, 07 de junio del 2021.-

Sres.
Comité Ético Científico
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Presente.

Por medio de la presente, informo a usted, que se autoriza la continuidad del estudio denominado **"Competencias ante la muerte en profesionales de las unidades de cuidados paliativos públicas de Chile"**, bajo la supervisión de la Dra. Marcela González Otaíza.

Asimismo, según lo estipulado en la Resolución Exenta N° 1116 de fecha 30 de abril de 2009, confirmo la delegación en los jefes de Servicio y Unidades del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, como ministro de fe, para la tramitación y recepción de los conocimientos informados, como requisito previo y obligatorio a las investigaciones científicas para dar conformidad a lo prescrito en el artículo 11 de la Ley N° 20.120, sobre investigación científica en el ser humano, su genoma y prohíbe la clonación humana.

Con todo, el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río se compromete a dar todas las facilidades para la ejecución del protocolo aludido, y solicita a los investigadores adoptar todos los resguardos necesarios para garantizar la confidencialidad de la información obtenida.

Sin otro particular, saluda atentamente a usted,

Atentamente,

GENZALO MENCHACA OLIVARES
DIRECTOR
COMPLEJO ASISTENCIAL DR. SÓTERO DEL RÍO

DISTRIBUCION:

- Unidad Asesoría Jurídica Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río

.