

# Propiedades psicométricas de una escala para evaluar las actitudes de enfermería hacia el cuidado al final de la vida en Colombia: la escala FATCOD-S

Psychometric Properties of a Scale to Assess Nursing Attitudes Toward Care at the End of Life in Colombia: The FATCOD-S Scale

Propriedades psicométricas de uma escala para avaliar as atitudes da enfermagem em relação aos cuidados no fim da vida na Colômbia: a escala FATCOD-S

**Recibido:** 19 de junio de 2021 • **Aprobado:** 27 de marzo de 2023

**Doi:** <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10754>

**Para citar este artículo:** Campiño Zuluaga V, Pérez-Villa M, Krikorian Daveloza A. Propiedades psicométricas de una escala para evaluar las actitudes de enfermería hacia el cuidado al final de la vida en Colombia: la escala FATCOD-S. Rev Cienc Salud. 2023;21(2):1-19. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10754>

Valeria Campiño Zuluaga, RN, MSc<sup>1</sup>

Marjorie Pérez-Villa, RN, MSc<sup>2\*</sup>

Alicia Krikorian Daveloza, Psic., PhD<sup>3</sup>

---

1 EPS Sura.

2 Grupo de investigación Cuidado, Facultad de Enfermería, Universidad Pontificia Bolivariana (Medellín, Colombia).

3 Grupo de investigación en Dolor y Cuidado Paliativo, Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana (Medellín, Colombia).

Valeria Campiño Zuluaga, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9243-2537>

Marjorie Pérez Villa, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1021-7054>

Alicia Krikorian Daveloza, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2118-5692>

\* Autora de correspondencia: [marjorie.perez@upb.edu.co](mailto:marjorie.perez@upb.edu.co)

## Resumen

**Introducción:** el personal de enfermería afronta el cuidado de personas con enfermedades que amenazan la vida. Este artículo examina las propiedades psicométricas de una escala que evalúa actitudes ante el cuidado en fin de vida (FATCOD-S) en profesionales de enfermería que atienden a pacientes oncológicos y busca determinar la relación entre sus actitudes y sus características sociodemográficas y relacionadas con el entrenamiento. **Materiales y métodos:** estudio cuantitativo de diseño transversal. Los participantes trabajaban en servicios oncológicos de tres instituciones sanitarias de Medellín (Colombia) y hacían parte de un grupo de interés académico. Se empleó el FATCOD-S, y se recogieron variables sociodemográficas y relacionadas con la formación. Se analizaron los componentes principales, así como la confiabilidad, y se obtuvieron estadísticos descriptivos y comparativos. **Resultados:** 83 participantes con una mediana de edad de 34 años (RIQ: 7), de los cuales el 96.3% eran mujeres; el 51.2% laboraban en hospitalización; el 31.7% tenían menos de dos años en el servicio, y el 35.4%, con dos a cinco años de experiencia cuidando pacientes oncológicos. El FATCOD-S mostró propiedades psicométricas robustas y el puntaje promedio obtenido fue de 87.6 (desviación estándar: 8.2). Actitudes más favorables hacia la familia y la experiencia de morir se relacionaron con el entrenamiento y la experiencia profesional. **Conclusión:** las actitudes de los profesionales de enfermería hacia el cuidado en fin de vida tienden a ser muy favorables y se asocian con el tipo de entrenamiento y la experiencia profesional.

**Palabras clave:** cuidados paliativos; actitud del personal de salud; enfermería de cuidados paliativos al final de la vida; neoplasias.

## Abstract

**Introduction:** Nursing staff must cope with the complexities of caring for people with life-threatening illnesses. This study aimed to examine the psychometric characteristics of the Colombian version of the Frommelt Scale (FATCOD-S) and determine the relationship between FATCOD-S scores and sociodemographic and training-related variables. **Materials and methods:** Nursing professionals working oncological services of three healthcare institutions in Medellín (Colombia) and those participating in an academic interest group were invited to participate in this quantitative cross-sectional study. Sociodemographic and training-related variables were collected, and FATCOD-S was administered. A principal component analysis was conducted, and Cronbach's alpha was obtained. Descriptive and comparative statistics were also obtained. **Results:** Overall, 83 nurses were enrolled, with a median age of 34 (interquartile range, 7) years. Among them, 96.3% were women, 51.2% worked in hospitals, 31.7% worked <2 years in the service, and 35.4% had 2–5 years of experience in caring for patients with cancer. FATCOD-S showed solid psychometric properties, and its total average score was 87.6 (standard deviation 8.2). Positive attitudes toward family and experiences with dying were related to training and professional experience. **Conclusions:** The attitudes of the participating nursing professionals toward palliative care for patients at the end of life tend to be very positive and are associated with their type of training and professional experience. Academic nursing programs should encourage training in caring attitudes toward dying, which in time fosters the wellbeing of the staff and their patients.

**Keywords:** Palliative care; attitude of health personnel; hospice and palliative care nursing; neoplasms.

## Resumo

**Introdução:** a equipe de enfermagem se depara frequentemente com o cuidado de pessoas com doenças que ameaçam a vida. Este estudo examina as propriedades psicométricas de uma escala para avaliar as atitudes de profissionais de enfermagem que cuidam de doentes oncológicos terminais (FATCOD-S) e procura determinar a relação entre as suas atitudes e as suas características sociodemográficas e formativas. **Materiais e métodos:** estudo quantitativo, delineamento transversal. Os participantes trabalhavam

em serviços oncológicos em três instituições de saúde de Medellín (Colômbia) e faziam parte de um grupo de interesse acadêmico. Foi utilizado o FATCOD-S, coletadas variáveis sociodemográficas e relacionadas ao treinamento. Foi realizada uma Análise de Componentes Principais (PCA), bem como uma análise de confiabilidade e estatísticas descritivas e comparativas foram obtidas. *Resultados:*  $n = 83$ , mediana de idade 34 anos (*IQR:* 7), 96,3% mulheres, 51,2% trabalhavam em internação, 31,7% tinham menos de dois anos no serviço e 35,4% com experiência de dois a cinco anos no atendimento a pacientes oncológicos. O FATCOD-S apresentou propriedades psicométricas robustas e a pontuação média obtida foi de 87,6 (*DP* 8,2). Atitudes mais favoráveis em relação à família e à experiência de morrer relacionaram-se à formação e à experiência profissional. *Conclusão:* as atitudes dos profissionais de enfermagem face aos cuidados de fim de vida tendem a ser muito favoráveis e estão associadas ao tipo de formação e experiência profissional. Os programas acadêmicos devem promover sua capacitação nesses aspectos, com vistas a favorecer o bem-estar de funcionários e pacientes.

**Palavras-chave:** cuidados paliativos; atitude do pessoal de saúde; enfermagem em cuidados paliativos no fim da vida; neoplasias.

## Introducción

Confrontar el sufrimiento derivado de una enfermedad que amenaza la vida presume ocuparse de problemas que no se limitan solo a los síntomas físicos. Los equipos de asistencia paliativa buscan mejorar la calidad de vida, prevenir y aliviar el sufrimiento y brindar apoyo a los pacientes y cuidadores. Esa labor incorpora la atención de necesidades prácticas y apoyo psicosocial y espiritual en el proceso de enfermedad, muerte y duelo, para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta su fallecimiento, y a los familiares los acompaña incluso más allá, en su proceso de duelo (1). Los cuidados paliativos (CP), cuyo avance en las últimas décadas ha sido constante, se consideran hoy una parte esencial de la atención integral de personas que enfrentan enfermedades avanzadas, ya que estas vienen usualmente con múltiples y variables síntomas físicos y desafíos psicosociales, espirituales y emocionales.

El personal de la salud y la familia del paciente son la base fundamental en los cuidados de estos pacientes y sus familias (2). Particularmente, el personal de enfermería en CP debe clarificar su rol profesional dentro del equipo de atención, debido a las características de esta disciplina asistencial. El interés del cuidado enfermero en CP se centra en todas las dimensiones del enfermo como persona, entendiendo que tiene unas necesidades individuales, concretas y específicas, en continuo cambio y evolución (3). En los centros hospitalarios, es el personal de enfermería quien está más tiempo en contacto con los pacientes, y dicha posición lleva a la necesidad de saber acompañar de forma efectiva los procesos de progresión de enfermedad, muerte y duelo. Cuando el profesional trabaja en CP, debe conocer su rol y los objetivos que debe lograr, lo que inevitablemente implica adherirse a un cambio de actitud frente al cuidado (3). Para ello también es necesario aproximarse a los temores, creencias

y convicciones frente al morir y la muerte que el personal de enfermería tiene, ya que su contacto con estas experiencias puede ser el comienzo de estrés y angustia psicológica.

Este asunto ha sido interés de investigación científica en diversos contextos. Silva Fhon et al., en un estudio cualitativo realizado en Perú que examinó las percepciones de enfermería respecto a los CP, identificaron tres categorías (4): la primera implica cambios en la percepción de su vida profesional y personal, relacionados con mejorar la calidad de vida del paciente y mitigar el sufrimiento del familiar y con lograr una mejor comunicación y valoración de la vida; la segunda se relaciona con la modificación de pensamientos y conductas en el equipo de enfermería, y la tercera evidencia la necesidad de capacitación para el cuidado del paciente. En conjunto, los autores concluyen sobre la importancia de la proximidad que enfermería logra con los pacientes en el final de la vida, por lo que es relevante su actuación para mejorar la calidad de vida y mitigar su sufrimiento.

Otro estudio, realizado en el contexto chileno y que incluyó a 338 profesionales de enfermería, encontró que tenían actitudes favorables hacia el cuidado en el fin de vida, particularmente en los aspectos relacionados con la familia. Puntuaciones más elevadas en dichas actitudes, medidas a través de la Escala de Frommelt (FATCOD), mostraron relacionarse de forma estadísticamente significativa con una mayor edad, ser mujer, haber tenido experiencias significativas con la muerte, contar con estudios de posgrado, tener más tiempo de experiencia profesional, participar en el cuidado de personas al final de la vida y ser formadores en CP. Con respecto a variables emocionales, lograr una mayor regulación emocional se asoció con mejores actitudes hacia el cuidado; mientras que el presentar elevado trabajo emocional se asoció con actitudes más desfavorables (5).

De manera similar, Lange et al. evidenciaron que el personal de enfermería de una institución oncológica que tenía más edad, más experiencia profesional general y específicamente en el cuidado de personas al final de la vida mostraba actitudes más favorables hacia el cuidado en la proximidad de la muerte (6). Dichas actitudes también se evaluaron empleando el FATCOD.

Por su parte, un estudio realizado con 770 enfermeros en China encontró una actitud moderadamente positiva hacia las personas en el final de vida y su cuidado (la puntuación media del FATCOD fue de 95.62; desviación estándar [DE]: 7.45; rango: 76-125), pero no tan positiva hacia la comunicación con el enfermo. Una actitud más positiva hacia el cuidado en fin de vida se correlacionó de forma positiva con una actitud de aceptación, y de forma negativa, con el miedo a la muerte. Además de estas variables, otras como el nivel educativo, la educación y la experiencia previa sobre morir y muerte y las creencias religiosas fueron predictivas de las actitudes hacia el cuidado en final de vida (7).

En coincidencia con los anteriores hallazgos, Gurdogan et al. encontraron que las actitudes ante el cuidado en fin de vida de estudiantes de enfermería en Turquía, evaluadas con el FATCOD, estaban negativamente relacionadas con su grado de ansiedad ante la muerte (8).

La escala FATCOD, ampliamente usada en personal de enfermería para examinar las actitudes de profesionales que cuidan a pacientes y familiares que enfrentan enfermedades avanzadas y en situación de fin de vida, ha sido validada en diversas poblaciones e idiomas (9-15). Actualmente se cuenta con una versión en español, validada en España por Edo-Gual et al. (9). Asimismo, existe una versión corta más reciente con aceptable validez y confiabilidad (16). La escala, originalmente concebida para medir una única dimensión de actitudes ante la muerte, ha mostrado en estudios posteriores tener dos e incluso más dimensiones (actitudes hacia el cuidado y actitudes hacia la familia) (17). La solución de dos factores es la más empleada (9,15).

Desafortunadamente, son pocas las investigaciones que abordan las percepciones y las actitudes de enfermería respecto a los CP en el contexto latinoamericano y, a nuestro conocimiento, no existe ninguna realizada en Colombia. Tampoco se cuenta con una versión validada del FATCOD en la región. El conocer la postura del profesional de enfermería frente al cuidado de pacientes en situación de enfermedad avanzada y final de vida, permite identificar fortalezas y limitaciones que trascienden los aspectos técnicos, así como las implicaciones que estas tienen para el bienestar de los pacientes y familias atendidas, para su formación, su práctica y su autocuidado (18-20). Para ello, es necesario contar con instrumentos de evaluación válidos y confiables, que permitan un adecuado reconocimiento de la situación.

En consecuencia, el objetivo del presente estudio fue examinar las propiedades psicométricas de la Escala Frommelt en su versión en español (FATCOD-S) en una muestra de profesionales de enfermería que atienden pacientes oncológicos en Colombia y examinar la relación entre sus actitudes ante el cuidado en fin de vida y sus características sociodemográficas y relacionadas con el entrenamiento.

## Materiales y métodos

### Tipo de estudio y población

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y con diseño correlacional. Se invitó a participar a profesionales de enfermería de la ciudad de Medellín que tuvieran a su cuidado pacientes con enfermedad oncológica, a través de una estrategia mixta: por una parte, se invitó a aquellos que hacían parte de un grupo de interés académico en oncología y CP de la ciudad de Medellín (grupo 1; n = 120); por otra, se invitaron profesionales de enfermería que trabajaran en servicios de oncología de tres instituciones de salud (grupo 2; n = 76). Se incluyeron en el estudio los profesionales de enfermería que laboraran en servicios de hospitalización y consulta externa donde se atendieran pacientes oncológicos, que llevaran mínimo seis meses en el servicio y que aceptaran voluntariamente participar en el

estudio (estos criterios aplican para los dos grupos de participantes). Los profesionales que no estuvieran presentes durante el periodo de la investigación, debido a vacaciones, licencias o incapacidades, se excluyeron del estudio.

Para la recolección de la información, se diseñó un instrumento conformado por tres secciones: 1) variables sociodemográficas, 2) aspectos sobre la formación académica en CP y enfermería oncológica y 3) la escala FATCOD-S.

La escala fue desarrollada en 1991, por Frommelt, y ha sido ampliamente utilizada en el mundo y validada en diferentes idiomas y para diversos contextos (17). Consta de 30 ítems puntuados en una escala Likert de 5 puntos (de 1 “totalmente en desacuerdo” a 5 “totalmente de acuerdo”). Los ítems 1, 2, 4, 10, 12, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27 y 30 examinan actitudes positivas hacia el cuidado en fin de vida y los restantes evalúan actitudes negativas. Esta versión mostró una solución de dos factores: actitudes hacia el paciente (ítems 1-3, 5-9, 10, 11, 13-15, 17, 26, 29, 30; rango de puntuación de 17 a 85) y actitudes hacia la familia (los ítems restantes; rango de puntuación de 13 a 65) (9). El rango de puntuación global es de 30 a 150, donde puntuaciones más altas reflejan actitudes más positivas. En la adaptación al español, la escala FATCOD-S mostró ser válida y fiable, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.76.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Pontificia Bolivariana y los comités de ética de las tres instituciones participantes, y se les solicitó a los participantes que firmaran un consentimiento informado. Los profesionales del grupo 1 fueron invitados a través de la red social del grupo académico y se les envió un enlace a una página donde podían consultar los detalles de la investigación y completar el consentimiento y los instrumentos, usando un formulario en línea que garantizara la seguridad de los datos recogidos. Para recoger los datos del grupo 2, una investigadora (vc) contactó a los coordinadores de los servicios oncológicos de cada institución, quienes, a su vez, le facilitaron el contacto con los profesionales. Las invitaciones a los profesionales de enfermería se hicieron de forma individual y, una vez que se hubiera verificado que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión, se explicaban los detalles del estudio, se les pedía firmar un consentimiento informado y se les entregaba una copia en físico de los instrumentos para ser autocompletados.

Los datos fueron vaciados en una base de datos en Excel y procesados empleando los programas estadísticos SPSS versión 25 y Jamovi versión 1.6.23. Se obtuvieron frecuencias absolutas y relativas de las variables discontinuas y medidas de tendencia central y dispersión de las variables continuas —media y DE, o mediana y rango intercuartílico (RIQ) en función de la distribución encontrada en cada caso—. La estructura factorial de la FATCOD-S se examinó mediante un análisis de componentes principales, empleando el método de máxima verosimilitud y la rotación Varimax; también se obtuvo la fiabilidad (global y de cada subescala) empleando el alfa de Cronbach. Finalmente, por medio de un análisis correlacional se examinó la relación entre las variables continuas (puntuación global y de cada subescala de la versión final de la FATCOD-S, edad, horas de formación, tiempo en el servicio, tiempo de



experiencia de atención a pacientes oncológicos) y se compararon las puntuaciones de la FATCOD-S en las categorías establecidas para las variables discontinuas (sexo, nivel educativo y servicio).

## Resultados

La tasa de respuesta en el grupo de interés académico en oncología y CP (grupo 1), realizado en formato virtual, fue del 19.4% (n = 30); mientras que la tasa de respuesta en el grupo de profesionales (grupo 2) que respondieron el instrumento de forma presencial fue del 74.6% (n = 53). En total, participaron en la investigación 83 profesionales de enfermería, cuya mediana de edad fue 34 años (RIQ: 7), y de los cuales el 96.3% eran de sexo femenino. De acuerdo con la información registrada de la actividad laboral, el 51.2% pertenecía al servicio de hospitalización; el 31.7% de los profesionales tenía menos de dos años en el servicio al que pertenecían en el momento de la evaluación, y el 35.4% tenían entre dos y cinco años de experiencia en el cuidado del paciente oncológico teniendo en cuenta sus experiencias laborales anteriores. El 76.8% manifestó estar adscrito a alguna religión (tabla 1).

**Tabla 1.** Características demográficas, de la formación en enfermería oncológica y laboral del profesional de enfermería (n = 82)

Variable	Categoría	n (%)
Edad	<30	15 (18.3)
	30-40	52 (63.4)
	>40	15 (18.3)
Sexo	Femenino	79 (96.3)
Religión	Católica	61 (74.4)
	Cristiana	3 (3.7)
	Ninguna	18 (22.0)
Nivel educativo	Formación profesional	51 (62.2)
	Formación posgradual	31 (37.8)
Formación en cuidados paliativos		58 (70.7)
Horas de formación en cuidados paliativos	≤40	22 (37.9)
	41-120	14 (24.1)
	>120	7 (12.0)
	Sin dato	15 (25.8)
Formación en enfermería oncológica		70 (85.4)
Horas de formación en enfermería oncológica	≤40	15 (21.4)
	41-120	9 (12.8)
	>120	7 (10.0)
	Sin dato	39 (55.7)

*Continúa*

Variable	Categoría	n (%)
Servicio de la institución al que pertenece	Hospitalización	43 (52.4)
	Ambulatorio	31 (37.8)
	Urgencias	5 (6.1)
	Unidad de cuidados intensivos	3 (3.7)
Tiempo en el servicio (años)	<2	26 (31.7)
	2-5	23 (28)
	6-10	23 (28)
	>10	10 (12.2)
Tiempo de experiencia en el cuidado al paciente oncológico (años)	<2	16 (19.5)
	2-5	29 (35.4)
	6-10	25 (30.5)
	>10	12 (14.6)

En cuanto a la formación del profesional, el 70.7% expresó haber tenido alguna capacitación en CP, de los cuales 22 indicaron haber recibido menos de 40 horas de capacitación. El 85.4% manifestó haber recibido capacitaciones sobre el cuidado al paciente con diagnóstico oncológico, de los cuales 15 profesionales indicaron haber recibido menos de 40 horas de capacitación. El 37.8% de los profesionales de enfermería manifestó haber realizado especialización (22%) y maestría (15.9%) en CP o enfermería oncológica (véase tabla 1).

Para probar la estructura factorial del instrumento, se examinó la adecuación de la muestra empleando la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin ( $KMO = 0.743$ ) y la prueba de esfericidad de Bartlett ( $\chi^2 = 578$ ;  $df = 190$ ;  $p < 0.001$ ). Las respuestas a los 30 ítems originales del FATCOD-S se analizaron empleando el análisis de componentes principales, con una rotación ortogonal Varimax. De acuerdo con los *eigenvalues* y la varianza explicada, la solución factorial más apropiada fue la de dos componentes, que explicaron el 41.5% de la varianza total (tabla 2). Se decidió eliminar los ítems 28, 2, 20, 17, 8, 12, 11, 25 y 9, dada su insuficiente carga factorial, y el ítem 30, por cargar de forma doble. Las comunalidades de cada ítem y la estructura del instrumento pueden observarse en la tabla 3. El primer factor, que hemos denominado *percepción de la familia y la experiencia de morir*, explicó el 17% de la varianza, e incluye los ítems 1, 4, 10, 16, 18, 19, 21, 22, 23, 24, y 27 de la prueba original. El segundo factor, denominado *actitudes de cuidado*, explicó el 25.4% de la varianza, e incluye los ítems 3, 5, 6, 7, 13, 14, 15, 26 y 29.

**Tabla 2.** Resultados del análisis de componentes principales

Componente	Cargas ss	Porcentaje de la varianza	Porcentaje acumulado	Matriz de correlación	
				1	2
1	4.91	24.5	24.5	---	4.96e-16 2
2	3.40	17.0	41.5		---



Tabla 3. Comunalidades-análisis de componentes principales de la escala Frommelt

Ítem	Componente		Comunalidades
	1	2	
1. Proporcionar cuidados de enfermería a una persona que se está muriendo es una experiencia muy valiosa	0.526		0.676
3. Me resultaría incómodo hablar con una persona que se está muriendo de su propia muerte		0.576	0.667
4. Los cuidados de enfermería a la familia deben continuar durante todo el proceso de duelo	0.721		0.480
5. No me gustaría tener que cuidar a una persona que se esté muriendo		0.711	0.450
6. La enfermera no es la persona adecuada para hablar de la muerte con una persona que se esté muriendo		0.513	0.706
7. Me provoca frustración el tiempo que requiere proporcionar cuidados de enfermería a una persona que se esté muriendo.		0.582	0.654
10. A veces la muerte es aceptada por la persona que se está muriendo	0.470		0.759
13. Preferiría que la persona a la que estoy cuidando muriese cuando yo no esté		0.460	0.782
14. Me da miedo establecer amistad con una persona que se está muriendo		0.674	0.540
15. Cuando una persona se muere, me dan ganas de salir corriendo		0.581	0.607
16. La familia necesita apoyo emocional para aceptar los cambios en la conducta de la persona que se está muriendo	0.763		0.417
18. La familia debe preocuparse de que el enfermo viva lo mejor posible lo que le queda de vida	0.713		0.490
19. La persona que se está muriendo no debería tomar decisiones sobre sus cuidados físicos	0.428		0.669
21. Es bueno que la persona que se está muriendo verbalice sus sentimientos	0.761		0.403
22. Los cuidados de enfermería deben hacerse extensivos a la familia de la persona que se está muriendo	0.739		0.453
23. Las enfermeras deben permitir un horario flexible de visitas para las personas que se están muriendo	0.804		0.340
24. La persona que se está muriendo y su familia deberían ser los responsables de la toma de decisiones	0.614		0.612
26. Me sentiría incómodo/a si al entrar en la habitación de un paciente con una enfermedad terminal, me lo encontrase llorando		0.722	0.475
27. Las personas moribundas deberían recibir respuestas honestas sobre su estado	0.540		0.706
29. Los familiares que permanecen junto al paciente moribundo, a menudo, interfieren en el trabajo del profesional con el paciente		0.421	0.804

Se le realizó una prueba de consistencia interna al instrumento en su nueva composición. El alfa de Cronbach obtuvo los siguientes valores: percepción de la familia y la experiencia de morir (9 ítems): 0.755; actitudes hacia la familia (11 ítems): 0.845, y la escala total (20 ítems) obtuvo un alfa de 0.808.

En cuanto a la escala de actitudes ante el cuidado en final de la vida, se encontró que el puntaje promedio para la escala general fue de 87.6 (DE: 8.2) en un rango total posible de 20 a 100, lo que indica puntuaciones elevadas en las actitudes generales sobre el cuidado en final de vida. Sin embargo, al examinar la distribución de la variable, se encontró que fue no

normal, por lo cual se reportan medianas y rangos intercuartílicos (tabla 4). Respecto a las dos subescalas, en la percepción de la familia y la experiencia de morir, el puntaje promedio general para este factor fue de 37 (DE: 5.3) en un rango posible de 9 a 45; mientras que en la subescala “actitudes hacia la familia”, el puntaje promedio de este factor fue de 50.6 (DE: 5.2) en un rango posible de 11 a 55.

**Tabla 4.** Descripción de las actitudes ante los cuidados paliativos

Subescala	Media (desviación estándar)	Percentiles			RIC
		25	50	75	
Percepción de la familia y la experiencia de morir	37 (5.3)	33.7	38	41	7.3
Actitudes hacia la familia	50.6 (5.2)	49	51.5	53	4
Resultado global	87.6 (8.2)	83	89.5	93	10

RIC: rango intercuartílico.

## Variables relacionadas con las actitudes hacia el cuidado en el final de vida

Se encontró una correlación (baja) significativa entre la subescala “percepción de la familia y la experiencia de morir” con las horas de capacitación en enfermería oncológica. En los otros ítems no se encontraron correlaciones significativas (tabla 5).

**Tabla 5.** Matriz de correlaciones entre los componentes de la escala FATCOD-S y variables cuantitativas que pueden influir en las actitudes

	Edad	Tiempo en el servicio	Tiempo de experiencia cuidando a pacientes oncológicos	Horas de capacitación en enfermería oncológica	Horas de capacitación en cuidados paliativos
FATCOD-S	0.13 (0.23)	0.12 (0.29)	0.16 (0.15)	0.15 (0.18)	0.07 (0.56)
Percepción de la familia y la experiencia de morir	0.09 (0.38)	0.02 (0.84)	0.09 (0.40)	0.24 (0.03) *	0.08 (0.48)
Actitudes hacia la familia	0.05 (0.63)	0.14 (0.19)	0.11 (0.32)	0.05 (0.63)	-0.06 (0.61)

Nota. Se empleó la prueba Rho de Spearman. Significancia entre paréntesis.

\* Significativo al nivel 0.05.

En cuanto a las variables categóricas, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre tener capacitación sobre CP y la subescala de actitudes hacia la percepción de la familia y la experiencia de morir ( $U = 500$ ;  $p = 0.045$ ), al igual que con la puntuación global de FATCOD-S ( $U = 500$ ;  $p = 0.046$ ); así como tener formación profesional y posgradual y la subescala de actitudes hacia la familia ( $U = 933$ ;  $p = 0.035$ ).

## Discusión

El cuidado en el final de la vida implica múltiples desafíos, no solo por la complejidad propia de la situación de enfermedad avanzada, dada la multiplicidad de síntomas físicos y el impacto emocional, sociofamiliar y espiritual, sino también por la confrontación con la proximidad de la muerte (18,21). Los profesionales de enfermería desempeñan una parte fundamental en todo este proceso de cuidado, porque buscan que el paciente mantenga el mayor confort posible. Este cuidado integral requiere no solo unos conocimientos y experiencia profesional, sino también actitudes y características personales que favorezcan un cuidado con calidad, empático y compasivo (4,22). Por esto, el presente estudio tuvo como finalidad examinar las propiedades psicométricas de la escala FATCOD-S en una muestra de profesionales de enfermería que atienden pacientes oncológicos en Colombia y examinar la relación entre sus actitudes ante el cuidado en fin de vida y sus características sociodemográficas y relacionadas con el entrenamiento.

Para cumplir con el primer propósito, se realizó un análisis de componentes principales, que encontró una solución de dos factores, tal como han evidenciado estudios anteriores con otras poblaciones. Por ejemplo, Edo-Gual et al., en la validación que realizaron del FATCOD-S con población española, encontraron una solución de dos factores que explicó el 16 % de la varianza total (9). Ellos mantuvieron los 30 ítems originales. En nuestra solución, decidimos eliminar los ítems con bajas comunalidades o que cargaban de forma doble en los factores, para una escala resultante de 20 ítems en total, que explicaron el 41 % de la varianza total. La mayoría de los ítems de su solución en cada factor corresponden con aquellos hallados en nuestra solución factorial. De manera similar a lo documentado por los autores mencionados, la presente estructura de dos factores coincide con la propuesta de Nakai et al., la cual es ampliamente usada en la investigación relacionada con el FATCOD (15). Respecto a la confiabilidad, ambas subescalas mostraron niveles elevados de consistencia interna. Estos resultados, en su conjunto, confirman la robustez de las propiedades psicométricas de la prueba y avalan su uso en nuestra población. También sugieren que, en adelante, puede emplearse una versión más breve de la escala manteniendo la estructura factorial original y con niveles de elevados de consistencia interna.

Respecto al segundo propósito, los resultados globales de la FATCOD-S de nuestro estudio indicaron que los participantes obtuvieron puntuaciones muy favorables en las actitudes generales sobre el cuidado en final de vida, con una puntuación promedio de 87.6. Ello favorece un trato al paciente que aminora su sufrimiento y le da un valor adicional a su cuidado integral. Considerando las diferencias en la extensión de la escala empleada en nuestro estudio en cuanto a la general, estos resultados coinciden con los encontrados por Espinoza-Venegas et al., en el que indican una puntuación promedio de 124.2 (5). De manera similar, Gurdogan et al. hallaron

en su estudio una puntuación media en la escala de 105.09 (8); mientras que, en el estudio realizado por Cáceres Rivera et al., la media en su población fue de 133.53 (23). De acuerdo con los autores, estos resultados se relacionan con mayores puntajes en los ítems que tienen relación con la familia, pues es esta el soporte del paciente que está muriendo.

En cuanto a las características sociodemográficas y relacionadas con la formación de los participantes, los resultados encontrados en el presente estudio indican que más del 70 % de los participantes tienen algún grado de formación en oncología o CP, y el 41 % de ellos cuenta con estudios de posgrado en áreas de CP u oncológicos, cifra que es relevante y que tiene un impacto en las actitudes hacia el cuidado en fin de vida. Más aún, quienes tenían más horas de capacitación y tenían formación posgradual en enfermería oncológica o en CP mostraron actitudes más favorables hacia el cuidado en fin de vida, particularmente aquellas relacionadas con la familia y la experiencia de morir. Estos resultados indican que las horas de capacitación fomentan, además de conocimientos, actitudes positivas frente al cuidado general en fin de vida y relacionado con el acompañamiento familiar (22). Es posible que profesionales más experimentados cuenten con más recursos personales y clínicos para hacer frente a los retos que plantea el cuidado.

Frommelt encontró en su estudio que las enfermeras que asistieron a un programa de formación desarrollaron una actitud más positiva hacia el cuidado de los pacientes con enfermedades terminales y sus familiares (17). De forma similar, Edo-Gual et al. evidenciaron que los estudiantes que habían tenido experiencias personales relacionadas con la muerte y que habían realizado estudios en CP tuvieron una puntuación significativamente más alta en ambos factores de la FATCOD-S (9): actitud hacia el paciente y actitud hacia la familia. Lin et al., en su estudio con estudiantes de pregrado, encontraron que estos se sentían más seguros para realizar el cuidado de los pacientes al final de la vida cuando habían recibido educación previa sobre temas relacionados con la muerte (25). Por su parte, Espinoza-Venegas et al. consideran que las actitudes hacia el cuidado al final de la vida se relacionan de manera significativa con variables profesionales vinculadas con el mayor conocimiento, práctica en tiempo y cantidad de pacientes de CP atendidos (5). Entre tanto, Lin et al. documentaron que las experiencias laborales con estos pacientes ayudaban a tener mejores actitudes al final de la vida, y Lange et al. observaron nexos estadísticamente importantes entre la edad, la experiencia previa en el cuidado de pacientes terminales y las puntuaciones en FATCOD y del perfil de actitud ante la muerte-revisado (DAP-R) (6,25).

En contradicción, en un estudio realizado con personal de enfermería que laboraba en unidades de cuidados paliativos y oncología en una ciudad de España, Marchán Espinosa encontró que el 60 % de los profesionales consideraba que su formación para proporcionar cuidados al paciente terminal era insuficiente, el 83 % consideraba que no tenía los apoyos institucionales suficientes y el 37 % presentaba un mal afrontamiento de la muerte, manifestado por elevados grados de ansiedad (18). De ahí la importancia de que el personal de

enfermería esté suficientemente capacitado y reciba los apoyos necesarios, que favorezcan una actitud de cuidado activo en el fin de vida, minimizando su impacto personal.

En nuestro estudio no se evidenciaron diferencias en las actitudes del cuidado en fin de vida en función del tipo de entorno asistencial; sin embargo, es importante tener en cuenta que en todos ellos se atendían pacientes oncológicos. De manera contraria, Marchán Espinosa, al analizar las diferencias entre grupos en su estudio, halló que los profesionales que laboraban en servicios de hospitalización obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas en las actitudes generales hacia el cuidado y aquellas específicas acerca del cuidado de la familia (18). Por su parte, Fernández et al. encontraron que los profesionales que trabajaban directamente en un servicio de cuidado paliativo presentaban una mejor actitud y afrontamiento ante la muerte, con respecto al personal que laboraba en otros servicios hospitalarios (26). Es posible que algunos entornos asistenciales favorezcan una labor más integral de cuidado, así como un contacto más estrecho y continuo con el paciente y la familia, particularmente aquellos donde se atienden situaciones de salud más complejas o emocionalmente sensibles.

## Variables relacionadas con las actitudes hacia el cuidado en el final de vida

Este estudio cuenta con algunas limitaciones que es preciso considerar, y quizás la más importante es relacionada con el limitado tamaño muestral. Esta limitación se puede explicar, por un lado, porque las tasas de respuesta empleando cuestionarios en línea tiende a ser, en general, baja; sin embargo, consideramos que los resultados son fidedignos, dado que son muy similares a lo reportado en la literatura. Por otro lado, desafortunadamente, las condiciones que planteó la pandemia por covid-19 implicaron un gran desafío en términos investigativos, teniendo en cuenta que los participantes fueron precisamente el recurso más requerido y, al mismo tiempo, el más escaso. Por tanto, los resultados obtenidos no son generalizables a otras poblaciones y sería importante que futuros estudios contaran con un mayor tamaño muestral. En segundo lugar, futuras investigaciones en nuestro contexto deberían contemplar el rol de otras variables asociadas con las actitudes, por ejemplo, aquellas relacionadas con experiencias personales previas con el cuidado en fin de vida (más allá de lo profesional), el impacto emocional del morir y la muerte, el desgaste profesional o *burnout* y los apoyos institucionales. Finalmente, es necesario tener en cuenta que la información recogida está basada en el autoinforme, y sería ideal poder contar con otras fuentes de información que permitan validar la percepción de los participantes.

## Conclusiones

Los resultados obtenidos permiten concluir que el FATCOD-S en su versión abreviada de 20 ítems cuenta con propiedades psicométricas sólidas que favorecen su uso en la población colombiana.

Por otro lado, los profesionales de enfermería que atienden a pacientes oncológicos participantes en este estudio muestran actitudes positivas hacia el cuidado en fin de vida; en especial, las actitudes hacia la familia se asociaron con el nivel de experiencia, lo que se refleja en la interacción y el tiempo que se atiende a los pacientes y, posiblemente, con una mayor disposición de recursos para hacer frente a los retos planteados por el cuidado.

Así mismo, se encontraron actitudes de cuidado más positivas en los profesionales que contaban con formación de posgrado en oncología o CP, programas académicos que favorecen el desarrollo de competencias para el acompañamiento del paciente y la familia para el logro de una labor más integral de cuidado.

Las actitudes de los profesionales de enfermería hacia los CP al paciente oncológico son relevantes por las notorias implicaciones que tienen en la práctica clínica y el bienestar de los profesionales de enfermería. Los programas académicos deberían fomentar, más allá del desarrollo de conocimientos, actitudes que apunten a un cuidado holístico en el final de la vida.

## Agradecimientos

Las autoras agradecen a las coordinadoras de servicio de cada institución participante, por su invaluable ayuda, y a los participantes, por su colaboración, a pesar de los desafíos del momento.

## Contribución de las autoras

Valeria Campiño Zuluaga: investigadora principal. Llevó a cabo la revisión bibliográfica, diseño de la investigación, recolección de la información, diligenciamiento de la base de datos, análisis e interpretación de los resultados y planeación del artículo.

Marjorie Pérez-Villa: coinvestigadora. Llevó a cabo la asesoría en el diseño del estudio, la revisión bibliográfica, el diseño de la base de datos, el procesamiento de la información, el análisis e interpretación de los resultados, la planeación del artículo, la revisión de contenido intelectual importante y la aprobación final del manuscrito aprobado para publicar.



Alicia Krikorian Daveloza: coinvestigadora. Realizó la revisión bibliográfica, la asesoría en el diseño del estudio, el procesamiento de la información, el análisis e interpretación de los resultados, la planeación del artículo, la revisión del contenido intelectual importante y la aprobación final del manuscrito.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos [internet]. [citado 2019 oct 23]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. Páez Armenteros J. Enfermería y los cuidados paliativos. *Rev Cubana Enfermer.* 2007;23(4):1-2.
3. Contreras Contreras SE, Sanhueza Alvarado OI. Los pacientes del programa alivio del dolor y cuidados paliativos: razones y significados para enfermeras/os. *Cienc Enferm.* 2016;XXII(1):47-63.
4. Silva Fhon J, Silva L, Rodrigues R, Carhuapoma-Acosta M. Percepción de las enfermeras sobre cuidados paliativos: experiencia con pacientes oncológicos. *Rev Iberoam Educ Investi Enferm.* 2018;8(3):28-36.
5. Espinoza-Venegas M, Luengo-Machuca L, Sanhueza-Alvarado O. Actitudes en profesionales de enfermería chilenos hacia el cuidado al final de la vida: análisis multivariado. *Aquichan.* 2016;16(4):430-46.
6. Lange M, Thom B, Kline NE. Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. *Oncol Nurs Forum.* 2008;35(6):955-9. <https://doi.org/10.1188/08.ONF.955-959>
7. Wang L, Li C, Zhang Q, Li Y. Clinical nurses' attitudes towards death and caring for dying patients in China. *Int J Palliat Nurs.* 2018;24(1):33-9. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2018.24.1.33>
8. Gurdogan EP, Kınıcı E, Aksoy B. The relationship between death anxiety and attitudes toward the care of dying patient in nursing students. *Psychol Health Med.* 2019;24(7):843-52. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1576914>
9. Edo-Gual M, Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J, Monforte-Royo C, Aradilla-Herrero A. Spanish Adaptation of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale (FATCOD-S) in Nursing Undergraduates. *Omega.* 2018;78(2):120-42. <https://doi.org/10.1177/0030222816688294>

10. Wang L-P, Li Y-J, Yan W-Z, Li G-M. Development and psychometric testing Chinese version of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale, Form B in Nurses and Nursing Students. *J Canc Educ*. 2016;31(1):123-30. <https://doi.org/10.1007/s13187-015-0810-7>
11. Leombruni P, Loera B, Miniotti M, Zizzi F, Castelli L, Torta R. Confirmatory factor analysis of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale (FATCOD-B) among Italian medical students. *Palliat Support Care*. 2015;13(5):1391-8. <https://doi.org/10.1017/S1478951515000139>
12. Hagelin CL, Melin-Johansson C, Henoeh I, Bergh I, Ek K, Hammarlund K, et al. Factors influencing attitude toward care of dying patients in first-year nursing students. *Int J Palliat Nurs*. 2016;22(1):28-36. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2016.22.1.28>
13. Akbolat M, Ünal Ö, Karakaya BG. Turkish Adaptation of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale. *Omega*. 2020;0(0):1-15. <https://doi.org/10.1177/0030222820930139>
14. Henoeh I, Browall M, Melin-Johansson C, Danielson E, Udo C, Johansson Sundler A, et al. The Swedish version of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying scale: aspects of validity and factors influencing nurses' and nursing students' attitudes. *Cancer Nurs*. 2014;37(1):E1-11. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e318279106b>
15. Nakai Y, Miyashita M, Sasahara T, Koyama Y, Shimizu Y, Kawa M. Factor structure and reliability of the Japanese version of the Frommelt attitudes toward care of the dying scale (FATCOD-B-J). *Jpn J Cancer Nurs*. 2006;11:723-9.
16. Browall M, Pakpour AH, Melin-Johansson C, Lundh Hagelin C, Österlind J, Henoeh I. Development and psychometric evaluation of a new short version of the Swedish Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale. *Cancer Nurs*. 2020;44(4):305-313. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000794>
17. Frommelt KH. The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. *Am J Hosp Palliat Care*. 1991;8(5):37-43. <https://doi.org/10.1177/104990919100800509>
18. Marchán Espinosa S. Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes en unidades de paliativos y oncología. *NURE Investig*. 2016;13(82):12.
19. Zunzunegui MV. Los cuidados al final de la vida. *Gac Sanit*. 2018;32(4):319-20. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.04.007>
20. Santos MA dos, Hormanez M. The attitude among nursing professionals and students when facing death: a review of the scientific literature of the last decade. *Ciênc Amp Saúde Coletiva*. 2013;18(9):2757-68. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232013000900031>
21. Clarke LH, Korotchenko A, Bundon A. "The calendar is just about up": older adults with multiple chronic conditions reflect on death and dying. *Ageing Soc*. 2012;32(8):1399-417. <https://doi.org/10.1017/S0144686X11001061>
22. Codorniu N, Bleda M, Alburquerque E, Guanter L, Adell J, García F, et al. Cuidados enfermeros en cuidados paliativos: análisis, consensos y retos. *Index Enferm*. 2011;20(1-2):71-5. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962011000100015>
23. Cáceres Rivera DI, Cristancho Zambrano LY, López Romero LA. Actitudes de las enfermeras frente a la muerte de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos. *Rev Cienc Salud*. 2019;17(3):98. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8368>

24. Dimoula M, Kotronoulas G, Katsaragakis S, Christou M, Sgourou S, Patiraki E. Undergraduate nursing students' knowledge about palliative care and attitudes towards end-of-life care: A three-cohort, cross-sectional survey. *Nurse Edu Today*. 2019;74:7-14. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.11.025>
25. Lin J, Supiano KP, Madden C, McLeskey N. The impact of the end-of-life nurse education consortium on attitudes of undergraduate nursing students toward care of dying patients. *J Hosp Palliat Nurs*. 2018;20(4):340-8. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000445>
26. Fernández JAF, Martínez LG, García-Bueno MLG, Grande AIF, González TL, Prieto AR. Actitudes y afrontamiento ante la muerte en el personal de enfermería. *Tiempos Enferm Salud*. 2017;(2):27-33.

## Anexo

### Escala Frommelt sobre actitudes ante los cuidados del paciente moribundo (FATCOD-S) en su versión en español validada para población colombiana

#### *Instrucciones*

El propósito de esta sección es conocer *cómo se siente* el profesional de enfermería en ciertas situaciones en las que se ve involucrado/a con los pacientes. Todas las afirmaciones se relacionan con la prestación de cuidado de enfermería a personas en la fase final de la vida y/o a su familia. Cuando se hace referencia a un paciente en su fase final de la vida, se trata de una persona con enfermedad en fase avanzada a la que le quedan seis meses o menos de vida. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas.

A continuación, se encuentran las afirmaciones a las que debe otorgar una valoración numérica.

Marque con una X el número que corresponda a sus sentimientos personales sobre la actitud. Por favor, responda a las 20 afirmaciones. El significado del número es el siguiente:

Responde valorando de 1 a 5 su opinión siguiendo la siguiente escala:	1	2	3	4	5
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

1. Proporcionar cuidados de enfermería a una persona que se está muriendo es una experiencia muy valiosa	1	2	3	4	5
2. Me resultaría incómodo hablar con una persona que se está muriendo de su propia muerte	1	2	3	4	5
3. Los cuidados de enfermería a la familia deben continuar durante todo el proceso de duelo	1	2	3	4	5
4. No me gustaría tener que cuidar a una persona que se esté muriendo	1	2	3	4	5
5. La enfermera no es la persona adecuada para hablar de la muerte con una persona que se esté muriendo	1	2	3	4	5
6. Me provoca frustración el tiempo que requiere proporcionar cuidados de enfermería a una persona que se esté muriendo	1	2	3	4	5
7. A veces la muerte es aceptada por la persona que se está muriendo	1	2	3	4	5
8. Preferiría que la persona a la que estoy cuidando muriese cuando yo no esté	1	2	3	4	5
9. Me da miedo establecer amistad con una persona que se está muriendo	1	2	3	4	5
10. Cuando una persona se muere, me dan ganas de salir corriendo	1	2	3	4	5
11. La familia necesita soporte emocional para aceptar los cambios en la conducta de la persona que se está muriendo	1	2	3	4	5
12. La familia debe preocuparse de que el enfermo viva lo mejor posible lo que le queda de vida	1	2	3	4	5
13. La persona que se está muriendo no debería tomar decisiones sobre sus cuidados físicos	1	2	3	4	5
14. Es bueno que la persona que se está muriendo verbalice sus sentimientos	1	2	3	4	5
15. Los cuidados de enfermería deben hacerse extensivos a la familia de la persona que se está muriendo	1	2	3	4	5
16. Las enfermeras deben permitir un horario flexible de visitas para las personas que se están muriendo	1	2	3	4	5
17. La persona que se está muriendo y su familia deberían ser los responsables de la toma de decisiones	1	2	3	4	5
18. Me sentiría incómodo/a si al entrar en la habitación de un paciente con una enfermedad terminal, me lo encontrase llorando	1	2	3	4	5
19. Las personas moribundas deberían recibir respuestas honestas sobre su estado	1	2	3	4	5
20. Los familiares que permanecen junto al paciente moribundo, a menudo interfieren en el trabajo del profesional con el paciente	1	2	3	4	5

## *Información de puntaje*

Escala global: se incluyen 20 ítems, con un posible rango de puntaje de 20 a 100

Los ítems que se deben sumar para cada subescala:

- Percepción de la familia y la experiencia de morir (9 ítems): 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 18, 20.
- Actitudes hacia la familia (11 ítems): 1, 3, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19.

Ítems con puntaje inverso: 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 18, 20.