



Artículo de revisión

Intervenciones para promover la dignificación del fin de vida por estudiantes y profesionales de enfermería

Interventions by nursing students and professionals to promote dignity at the end of life

Liliana Marcela Reina^a
Ruth Alexandra Castiblanco^b
Ashley Sofia Barinas^c
Ledys Yunery Sierra^c
Leidy Tatiana Martínez^c

^a Facultad de Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá DC, Colombia.

^b Coordinadora de Investigaciones. Facultad de Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá DC, Colombia.

^c Semillero de Investigación Red de Cuidado, Ciencia y Arte de Enfermería (RCUAE). Facultad de Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá D.C, Colombia.

RESUMEN

Introducción: el cuidado es el eje de la enfermería y adquiere especial relevancia en el proceso del fin de vida y muerte, donde deben garantizarse cuidados que dignifiquen a la persona y su entorno. Los profesionales y estudiantes de enfermería deben estar capacitados para ello. **Objetivo:** identificar intervenciones para promover la dignificación de la persona en el fin de la vida y la muerte, entre estudiantes y profesionales de enfermería. **Metodología:** revisión integrativa de la literatura. Se realizaron búsquedas en bases de datos: PubMed, CUIDEN Plus, Ovid, Biblioteca Virtual en Salud y ProQuest y se incluyeron artículos derivados de investigación y revisión publicados entre 2016 y 2021. Se efectuó lectura crítica utilizando la herramienta Joanna Briggs Institute (JBI). Estudio sin riesgo ético, según la resolución 8430 de 1993. **Resultados:** se incluyeron 34 artículos y se construyeron cinco temáticas: dignidad humana, muerte digna en la atención de enfermería, factores que impiden la dignificación del fin de vida, beneficios para estudiantes, profesionales de enfermería, paciente y familia, y estrategias que promueven la dignidad en el fin de vida y muerte. **Conclusiones:** el fin de la vida y la muerte son procesos complejos a los que deben enfrentarse estudiantes y profesionales de enfermería, ante los cuales puede ser de ayuda implementar intervenciones como las identificadas, dado que contribuyen en el conocimiento, compromiso, trato humanizado y compasión; es necesaria mayor docencia e investigación al respecto.

Palabras clave: muerte, muerte con dignidad, estudiantes de enfermería, enfermeras y enfermeros.

© 2023 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Fecha recibido: junio 25 de 2022

Fecha aceptado: noviembre 30 de 2022

Autor para correspondencia:

Ruth Alexandra Castiblanco:

racastiblanco@fucsalud.edu.co

DOI

10.31260/RepertMedCir.01217372.1398

ABSTRACT

Introduction: care is nursing practice axis and is especially relevant through the end-of-life and death process, where care dignifying the patient and his or her environment must be ensured. Nursing professionals and students should be trained for this purpose. *Objective:* to identify interventions to promote patient dignity at end of life and death, among nursing students and professionals. *Methodology:* an integrative literature review. The PubMed, CUIDEN Plus, Ovid, Biblioteca Virtual en Salud and ProQuest databases were searched and articles derived from research and review published between 2016 and 2021 were included. Critical reading was conducted using the Joanna Briggs Institute (JBI) tool. This is a study carrying no ethical risk, according to Resolution 8430 of 1993. *Results:* 34 articles were included, and organized into five topics: human dignity, nursing care for dignified death, barriers to dignifying end of life, benefits for nursing students and professionals, patient and family, and strategies that promote dignity at end of life and death. *Conclusions:* end of life and death are complex processes which nursing students and professionals must face. Implementing interventions such as those identified herein, may be helpful, since they contribute to knowledge, commitment, humanized treatment, and compassion. Further education and research in this regard is required.

Keywords: death, death and dignity, nursing students and nurses.

© 2023 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

El ser humano posee dignidad innata, un derecho sin discriminación alguna y protegido por la constitución política de Colombia.¹ La muerte es un proceso fundamental de la vida misma, que debería ser vivido y acompañado humana y dignamente, algo reconocido en la Resolución 1216 de 2015.² Es así, que humanizar y dignificar la muerte en el cuidado de enfermería requiere la expresión de valores que reflejen la comprensión de la persona como ser holístico y multidimensional, cuya comprensión de la muerte va más allá del fin de la vida e involucra aspectos emocionales y espirituales.^{3,4}

Dignificar el fin de la vida y la muerte implica el interés del personal de salud por identificar las necesidades particulares de la persona y su familia, comprender los significados que le otorgan, conocer sus experiencias previas, su cultura, sus creencias y valores.⁴ En consecuencia, es necesario hacer partícipes al sistema de salud y profesionales, siendo estos los principales actores del cuidado durante las etapas de la vida incluyendo la muerte⁵ y cuya acción puede beneficiar a las personas, sus familias e incluso a sí mismo.⁶

La práctica de enfermería en entornos asistenciales se caracteriza por una alta carga laboral, estrés y temor a la muerte, asociados con las creencias personales que pueden influir en forma negativa en el cuidado que se proporciona para dignificar el fin de vida la muerte.^{7,8} Así mismo, la falta de formación en este aspecto puede limitar la integralidad y humanización en el cuidado^{8,9}, que debe garantizar el tratamiento y la terapéutica integral en función de las necesidades de las personas, sus circunstancias individuales, familiares y sociales. Por ello, hay que reconocer las perspectivas teóricas propias de enfermería, como la Teoría

del Cuidado Humano (Jean Watson)^{10,11} y la Teoría del Final Tranquilo de la Vida (Cornelia Ruland y Shirley Moore)¹¹, que ofrecen propuestas sobre cómo cuidar durante este proceso.¹²

De acuerdo con lo expuesto, se considera necesario articular la teoría y la investigación disponible para una práctica de enfermería basada en el conocimiento, con el propósito de comenzar con la construcción de una intervención que favorezca el desarrollo de conocimientos y habilidades en los profesionales y estudiantes de enfermería.

METODOLOGÍA

Investigación secundaria con método de revisión integrativa de la literatura, que permite la búsqueda, evaluación y síntesis de la información disponible para la incorporación de las evidencias en la práctica clínica, con el fin de apropiarse del conocimiento del tema investigado.¹³ En la primera fase se identificó el vacío del conocimiento base para la revisión, descrito en la introducción. Se realizó una pregunta de investigación a partir del acrónimo PICO (P. estudiantes y profesionales de enfermería; I. intervenciones o cuidados; C. no aplica; O. promover la dignificación en el fin de vida y muerte).

En la segunda fase se establecieron los criterios de inclusión: artículos que reportaran objetivos y resultados alineados con la finalidad de la revisión, publicados entre enero 2016 y marzo 2021, en español, inglés o portugués. Se excluyeron los que no presentaban información relevante ni buena calidad del reporte (realizada en la tercera fase). Para la ejecución de la búsqueda, se elaboraron ecuaciones en español, inglés y portugués según los términos DeCS: estrategias, actividades educativas, estudiantes

de enfermería, enfermeras/enfermeros y muerte con dignidad, con sus MeSH equivalentes y en combinación con los operadores booleanos AND y OR. Las fuentes de información fueron las bases de datos Medline a través de PubMed, CUIDEN PLUS, ProQuest, Biblioteca Virtual en Salud y OVID, consultadas desde el acceso de la biblioteca ofrecido por la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS, Bogotá, Colombia.

En la tercera fase, se elaboró una matriz de análisis en el programa microsoft excel® para extraer de cada artículo datos relevantes (diseño de investigación, objetivos, enfoque, tipo de investigación, año y lugar de publicación), se clasificaron según el nivel de evidencia y grado de recomendación, de acuerdo a los lineamientos del Joanna Briggs Institute (JBI).^{14,15} En la quinta y sexta fase se llevó

a cabo la integración de los hallazgos, presentación de la síntesis y discusión, para lo cual se realizó análisis temático del contenido.

Consideraciones éticas: estudio de revisión, sin riesgo según la resolución 8430 de 1993.¹⁶ Se protegen los derechos de autor de los documentos consultados (Ley 23 de 1982).¹⁷

RESULTADOS

El estudio incluyó 34 investigaciones (**figura 1**) publicadas en inglés (82,3%), español (11,7%) y portugués (5,8%). Se desarrollaron con diseños fenomenológicos (29,41%), de corte transversal (14,7%), revisiones sistemáticas (11,7%), etnográficos (11,7%) y correlacionales (8,8%) (**tabla 1**).

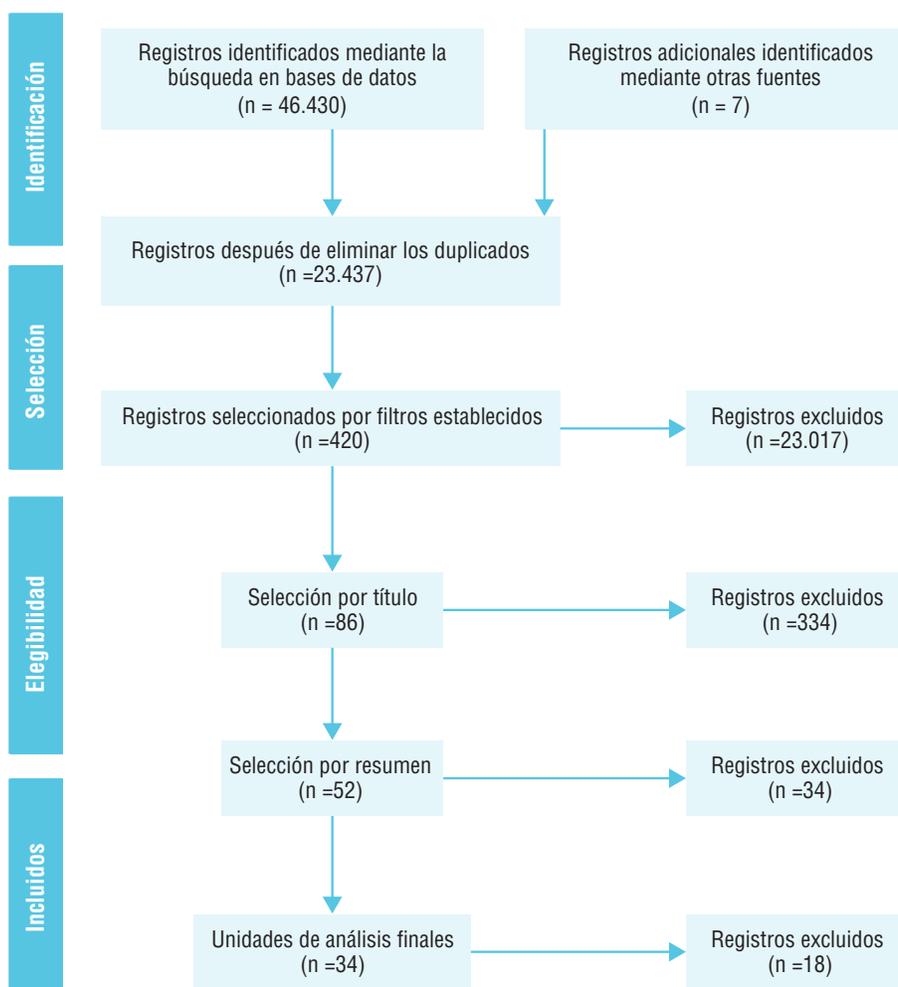


Figura 1. Proceso de búsqueda y selección de unidad de análisis. Fuente: elaboración a partir de los estudios incluidos, 2021.

Tabla 1. Características de las unidades de análisis finales

| Autor/año | Idioma | Diseño | NE | GR | Recomendación |
|--|-----------|-------------------------------|----|----|---------------|
| Cerit B, Çoşkun S, Çalıřkan MA, Temelli G. (18) (2020) | Inglés | Descriptivo correlacional | 4b | A1 | Inglés |
| Duru Ařiret G, Kütmeç Yılmaz C, Gökşin İ. (19) (2020) | Inglés | Descriptivo correlacional | 4b | B1 | Inglés |
| Hernández SM, Carrillo AJ, Torres A, Marroquín KI, Enciso CO, Gómez M (20) (2020) | Inglés | Investigación acción (IA) | 4 | A2 | Inglés |
| Puente D, Palma E, Sánchez MR, Hueso C, Burgos E, Montoya R (21) (2019) | Inglés | Descriptivo corte transversal | 4b | B1 | Inglés |
| Rudilla D, Oliver A, Galiana L, Barreto P (22) (2016) | Inglés | Descriptivo corte transversal | 4b | B2 | Inglés |
| Üzen Cura Ş (23) (2021) | Inglés | Descriptivo corte transversal | 4b | A1 | Inglés |
| Becker CA, Wright G, Schmit K (24) (2017) | Inglés | Método fenomenológico | 3 | A2 | Inglés |
| Pérez ME, Cibanal JL (25) (2020) | Inglés | Método fenomenológico | 3 | B3 | Inglés |
| Puente D, Lozano MM, Montoya R, Martí C, Campos C, Hueso C (26) (2020) | Inglés | Revisión sistemática | 1b | A2 | Inglés |
| Lopera BMA (27) (2016) | Español | Descriptivo etnográfico | 3 | A2 | Español |
| Pires IB, Menezes TMDO, Cerqueira BBD, Albuquerque RSD, Moura HCGB, Freitas RAD, Oliveira ES (28) (2020) | Portugués | Método fenomenológico | 3 | A3 | Portugués |
| Zenevitz LT, Bitencourt JAVADOV, Léo MMFD, Madureira VSF, Thofehn MB, Conceição VMD (29) (2020) | Inglés | Narrativo | 3 | B2 | Inglés |
| Ho AHY, Dai AAN, Shu-Hang L, Wong SWP, Tsui ALM, Tang JCS, Lou VWQ (30) (2016) | Inglés | Estudio cuasi-experimental | 2c | A1 | Inglés |
| Holm AL, Berland AK, Birkeland AK, Severinsson E (31) (2018) | Inglés | Método fenomenológico | 3 | B1 | Inglés |
| Bubolz BK, Barboza MCN, do Amaral DED, Viegas AC, Bernardes LS, Muniz RM (32) (2019) | Portugués | Método fenomenológico | 3 | A2 | Portugués |
| McCaughan D, Roman E, Smith AG, Garry AC, Johnson MJ, Patmore RD (33) (2018) | Inglés | Método fenomenológico | 3 | A1 | Inglés |
| Alftberg Å, Ahlström G, Nilsen P, Behm L, Sandgren A, Benzein E, et al. (34) (2018) | Inglés | Descriptivo etnográfico | 3 | A1 | Inglés |
| Connolly M, Charnley K, Collins R, Barry C, McIlfratrick S, PhilipLarkin, M, et al.(35) (2018) | Inglés | Descriptivo corte transversal | 4b | B | Inglés |
| Duque PA, Ortiz SAT, Reinoso DAL, Marín JER (36) (2019) | Español | Estudio cuasi-experimental | 1b | A | Español |
| Stacy A, Magdic K, Rosenzweig M, Freeman B, Verosky D(37) (2019) | Inglés | Estudio cuasi-experimental | 2b | A3 | Inglés |
| Harståde CW, Blomberg K, Benzein E, Östlund U (38) (2018) | Inglés | Revisión integrativa | 1a | A2 | Inglés |
| Nicol J, Pocock M (39) (2020) | Inglés | Descriptivo etnográfico | 3 | B4 | Inglés |
| Alconero AR, Sarabia CM, Gonzalez S, Ibañez I, Lavin L, Sarabia AB (40) (2018) | Inglés | Descriptivo correlacional | 4b | B2 | Inglés |
| Ferguson R, Cosby P (41) (2017) | Inglés | Descriptivo etnográfico | 3 | A2 | Inglés |
| Hall MA (42) (2020) | Inglés | Método fenomenológico | 3 | B1 | Inglés |
| Harrington KJ, Affronti ML, Schneider SM, Razzak AR, Smith TJ (43) (2019) | Inglés | Descriptivo de caso | 4d | A3 | Inglés |
| Valen K, Haug B, Holm A.L., Toverud Jensen K, Grov, EK (44)(2020) | Inglés | Exploratorio | 3 | B4 | Inglés |
| Jablonski A, McGuigan J, Miller CW (45) (2020) | Inglés | Método fenomenológico | 3 | A2 | Inglés |
| Sherlin MM, Quinn PT (46) (2016) | Inglés | Descriptivo de caso | 4d | B3 | Inglés |
| O'Shea ER, Mager D (47) (2019) | Inglés | Estudio cuasi-experimental | 2c | Ab | Inglés |
| Sarabia CM, Alconero AR, Lavin L, Ibañez I (48) (2016) | Inglés | Descriptivo corte transversal | 4b | B3 | Inglés |
| Berndtsson IE, Karlsson MG, Rejnö ÅC (49) (2019) | Inglés | Método fenomenológico | 3 | A2 | Inglés |
| Rodríguez CR (50) (2020). | Español | Método hermenéutico | 3 | A1 | Español |
| Pabón EM, Mora JV, Buitrago CY, Castiblanco RA. (51) (2021) | Español | Revisión integrativa | 1b | A2 | Español |

Fuente: elaboración a partir de los estudios incluidos, 2021.

A continuación, se presentan cinco temáticas derivadas del análisis.

Tema 1: dignidad humana

Comprende el valor intrínseco del ser humano con componentes físicos, psicosociales, espirituales, familiares y culturales, desde la concepción hasta el fin de la vida. En Colombia, la dignidad es la base del estado social de derecho; cada persona debe ser tratada con igualdad y respeto, asegurando la protección de su autonomía y el goce de los derechos fundamentales.¹⁸⁻²⁶

Desde la perspectiva clínica, la dignidad humana suele verse afectada ante la pérdida de funcionalidad de la persona, en especial cuando la enfermedad reduce el control sobre el cuerpo (incontinencia, pérdida de movilidad o de funciones cognitivas) y requiere mayores cuidados, que pueden generar una percepción de deshumanización del personal de salud.^{27,28} No obstante, algunos estudios destacan cuidados de enfermería basados en la dignidad.^{28,29}

Tema 2: muerte digna en la atención de enfermería

La muerte es uno de los sucesos más importantes que un individuo atraviesa en su vida, por tanto su dignificación se convierte en un derecho fundamental. El profesional de enfermería debe garantizar un proceso basado en los principios éticos³⁰⁻³², teniendo en cuenta algunos aspectos como minimizar el sufrimiento físico/emocional/espiritual, limitar los procedimientos, proteger sus derechos y proporcionar un trato digno y holístico.^{33,34}

La muerte digna significa morir con preparación, acompañamiento, tranquilidad y paz espiritual, donde la participación de la familia es clave para que la persona que está por fallecer se encuentre en calma consigo mismo y con el máximo confort.^{35,36} El profesional de enfermería debe mostrar sus cualidades intra e interpersonales para el cuidado humanizado, evidente en expresiones faciales, miradas, comentarios, sonrisas y otras pequeñas acciones.³⁷⁻⁴⁰

Tema 3: factores que impiden dignificar el proceso de fin de vida

La actitud de indiferencia de algunos profesionales y estudiantes, sumados al sentimiento de lástima hacia los pacientes, al duelo no gestionado de manera oportuna y la falta de conocimientos teóricos y prácticos, son factores que no permiten la muerte digna.^{35,36} En muchas ocasiones, esto se asocia con aspectos psicoemocionales, debido a la gran carga laboral y los altos niveles de estrés y agotamiento³⁵⁻³⁸, que llevan a abstenerse de brindar cuidados, comunicar o establecer relaciones cercanas con pacientes en etapa terminal, mostrando desinterés y falta de comunicación e información sobre su condición, que genera sentimientos de negación, miedo y ansiedad.⁴¹⁻⁴³

En el proceso de formación profesional, pueden surgir tensiones por falta de motivación y vocación de los docentes,

así como la vivencia de experiencias clínicas que requieren habilidades y capacidades para desenvolverse en situaciones de gran responsabilidad ética, moral y humana.^{41,43} La espiritualidad no recibe suficiente atención en la educación y práctica de enfermería, llegando a convertirse en una barrera para el cuidado y la relación enfermero-paciente, de modo que este tema requiere atención debido a las diversas creencias y prácticas religiosas y espirituales.⁴⁴⁻⁴⁸ Se hace necesario sensibilizar sobre morir con dignidad y los cuidados al final de la vida, teniendo en cuenta aspectos psicosociales y culturales para un trato humanizado.⁴²⁻⁴⁵

Tema 4: beneficios de las intervenciones para estudiantes, profesionales de enfermería, paciente y familia en la dignificación del fin de vida

Las intervenciones orientadas a promover la dignificación del fin de vida contribuyen a la capacidad de los enfermeros para preservar la dignidad y abordar situaciones donde esta se ve amenazada.^{35,46} Estas intervenciones favorecen la salud mental por la satisfacción personal consecuencia del cuidar, reducen la incidencia de la fatiga por compasión (empatía) y enfermedades derivadas del desgaste físico y emocional.^{46,47-49} Además, el cuidado basado en la dignidad ha revelado un impacto positivo en los lazos familiares ya que el acompañamiento reduce la ansiedad, el estrés, el sufrimiento espiritual y el temor ante la muerte.^{21,26,49}

Tema 5: estrategias que promueven la dignidad en el fin de vida y muerte

Dentro de las estrategias para promover la dignificación del fin de vida por profesionales y estudiantes de enfermería se destacan las siguientes:

a) *Formación integral*: el desarrollo de conocimientos y habilidades para propiciar un fin de vida digno con cuidados humanizados debe ser una preocupación constante, que además incluya el desarrollo de actitudes del ser.²⁴⁻³² Deben mejorarse los programas formativos en enfermería en pregrado, y promover la formación continua cuando el profesional deba enfrentarse a situaciones de cuidado que lo confronten con esta realidad.

La formación integral incluye los cuidados paliativos para aliviar el dolor y el sufrimiento, así como mejorar la calidad de vida de las personas y familiares que se enfrentan a una enfermedad potencialmente mortal. Así mismo, son relevantes los aspectos psicosociales y espirituales frente a los cuales la tanatología ofrece orientaciones para la práctica de enfermería^{33,35,39,40}, integradas con los modelos como la Teoría del Final Tranquilo de la Vida (Ruland y Moore) y la Teoría del Cuidado Humano (Watson).^{10,11}

b) *Fortalecimiento de habilidades sociales y trato humanizado*: el cuidado se expresa en múltiples actos que requieren empatía y compasión para generar relaciones terapéuticas, teniendo en cuenta el sistema de apoyo y el contexto. Aprender a asumir la muerte con tranquilidad, así como la reflexión bioética, son indispensables para

garantizar la dignidad en todo el proceso, incluso después de la muerte para quienes enfrentan la pérdida.^{22,27}

c) *Desarrollo de la comunicación asertiva*: fortalece las relaciones interpersonales, generando actitudes y pensamientos empáticos y colaborativos, que favorecen el proceso educativo, formativo y el ejercicio profesional. Los docentes están en capacidad de ser portadores y transmisores del aprendizaje con su ejemplo en la práctica clínica y en la calidad de los cuidados que ofrecen a las personas y sus familias.^{26,38,45}

d) *Simulación práctica en estudiantes de enfermería*: es una estrategia pedagógica que puede mejorar la empatía y dignidad de los estudiantes, ya que les permite asumir el rol de persona en el fin de vida.^{43,46,47} La participación de personas con situaciones reales es más eficaz dado que implica experiencias para el estudiante, en las que puede fortalecer habilidades sociales y comunicativas.^{47,48} Ante situaciones inesperadas como la pandemia por COVID-19, la simulación puede resultar una estrategia interesante.

e) *Narración como método de enseñanza*: influye a nivel emocional y en la capacidad de ser empáticos con el otro, permite expandir la conciencia sobre las ideas, sentimientos y emociones que puede estar experimentando la persona con enfermedad terminal.¹⁹ Además, aporta al fortalecimiento de habilidades de razonamiento, reflexión y juicio crítico frente a la situación clínica de la persona y las propias acciones de cuidado.^{19,22}

f) *Mindfulness*: conocido en español como atención plena, es una estrategia basada en el reconocimiento de los propios sentimientos y emociones, centrándose en el presente para gestionarlos, dejando de lado la angustia generada por las acciones pasadas y la incertidumbre del futuro, de manera que permite al profesional o al estudiante ejercer su máximo potencial para cuidados óptimos, porque al estar en el se puede cambiar relaciones de confianza enfermera-paciente-familia que sean terapéuticas, facilitando la preparación y posterior aceptación de la muerte y el duelo.⁴⁹⁻⁵¹

g) *Priorización de cuidados y perfil del profesional*: garantizar una muerte digna implica actuar en línea con los principios éticos, priorizar el bienestar de la persona promoviendo el confort, aliviando los síntomas y el sufrimiento, siempre contando con el consentimiento de las personas y sus familias, dando la información necesaria para que comprendan la finalidad de los cuidados paliativos y que sean autónomos en la toma de decisiones informadas.^{18,24,25} Es entonces, cuando debe tenerse en cuenta la comunicación verbal y no verbal como característica fundamental de los profesionales de enfermería.^{19,22}

h) *Cuidado de la espiritualidad*: la dimensión espiritual es clave para los cuidados integrales, dado que constituye una fuerza capaz de ayudar a las personas, familias y comunidades para superar los cambios y las dificultades de la vida, en especial en cuanto a envejecer y morir.^{46,47} Cuando estudiantes y profesionales abordan su propia

espiritualidad, pueden proporcionar mejores cuidados a personas y familias que experimentan angustia, por lo cual este enfoque debería incluirse en el plan de estudios.^{39,48-51}

DISCUSIÓN

Es evidente la existencia de un marco legal que regula el derecho a una muerte digna y los cuidados al final de la vida, sin embargo el personal de enfermería encuentra limitaciones que impiden llevarlo a su práctica profesional.^{27,33} Los conceptos holísticos sobre ello deben incorporarse en el currículo de enfermería y en la educación continuada, dado su potencial impacto benéfico.

Los estudios revisados dejaron en evidencia el interés por la implementación de diversas estrategias didácticas para la formación y educación continuada al respecto, como la simulación, la narración, el uso de técnicas de relajación, de prácticas de *mindfulness* o atención plena.⁵² La simulación de alta fidelidad con pacientes estandarizados para fomentar las habilidades comunicativas de los estudiantes, ha mostrado efectos positivos en la mejora de estas habilidades que son esenciales en situaciones de gran complejidad, cuando las de carácter técnico no son las más importantes.⁵³

Algunas intervenciones con estudiantes mostraron buenos resultados, pero falta estandarización y uso de métodos de evaluación rigurosos, válidos y confiables, lo cual hace difícil identificar y divulgar las mejores prácticas para el desarrollo de las competencias necesarias.⁵⁴ Por su parte, el trabajo interprofesional y la simulación en habilidades blandas repercute de manera positiva la reformulación de significados sobre la muerte y el morir, así como en la reflexión de los aspectos culturales asociados y en la confianza para proporcionar cuidados por parte de los profesionales.⁵⁵

La *mindfulness* o atención plena puede resultar útil; investigaciones previas la relacionan con el desarrollo de la compasión, con la cual estudiantes y profesionales de enfermería pueden estar más atentos al momento presente, favoreciendo el reconocimiento del sufrimiento de las personas y sus familias, así como la implementación de actividades de cuidado para aliviarlo. Las intervenciones basadas en *mindfulness* y compasión han reportado efectos positivos en el bienestar, la autorregulación y tolerancia a estímulos emocionales, el afrontamiento del sufrimiento tanto propio como ajeno y de las preocupaciones cotidianas.^{55,56}

Lo antes expuesto adquiere especial relevancia para que estudiantes y profesionales de enfermería estén en capacidad de dignificar el cuidado a las personas al final de la vida y sus familias. Sin embargo, se necesitan estudios más específicos y rigurosos que describan el desarrollo de intervenciones y la evaluación del efecto de su implementación, tanto en la formación de pregrado como en la educación continuada de profesionales y su práctica clínica.

En consecuencia, se recomienda que la educación en

enfermería fortalezca su énfasis en la formación integral de los estudiantes y se continúe en los profesionales, para un abordaje holístico del cuidado al final de la vida al paciente y familia, que comprendan el sufrimiento por el que atraviesan tanto las personas a las que cuidan, como el propio en su rol de estudiantes y profesionales, y que a su vez favorezcan la toma de decisiones preservando la dignidad. Las instituciones de salud, organizaciones orientadas al cuidado de estas personas, así como los administrativos y líderes, deben ser corresponsables en la búsqueda y adopción de políticas, así como en el fomento de la investigación para aportar a la formación y prácticas basadas en el mejor conocimiento. No obstante, cabe reconocer algunas limitaciones reveladas en la revisión, como la restricción en el período de tiempo para la inclusión y la escasez de estudios en el contexto nacional.

CONCLUSIONES

Enfrentarse al fin de vida y muerte trae consigo complejidad para el cuidado de enfermería, de modo que se hace necesario implementar intervenciones como las identificadas en la revisión, que pueden ser útiles para favorecer mejores cuidados de enfermería. Estas intervenciones pueden potenciar el conocimiento, compromiso, trato humanizado y la compasión, y a su vez constituir factores protectores para las personas involucradas en estas relaciones de cuidado. Con ello, se logran reducir algunos factores de riesgo y las acciones que influyen en forma negativa en el cuidado. Para implementarlas en la educación de profesionales y estudiantes de enfermería se deben incluir métodos y didácticas diversas, que promuevan la reflexión y comprensión de aspectos culturales sobre el fin de vida y muerte. Es fundamental darles mayor relevancia en la enfermería latinoamericana.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no presentan ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Corte Constitucional, Consejo Superior de la Judicatura, Centro de Documentación Judicial – CENDOJ, Biblioteca Enrique Low Murtra- BELM. Constitución Política de Colombia 1991. Actualizada con los Actos Legislativos a 2016 [Internet]. Edición 2016 [acceso: 19.02.2021]. Disponible en: <https://www.cijc.org/es/NuestrasConstituciones/COLOMBIA-Constitucion.pdf>
2. Hernandez-Zambrano SM, Carrillo-Algarra AJ, Augusto-Torres C, Marroquin K, Enciso Olivera CO, Gomez Duque M. Perspectiva de los profesionales de la salud sobre cuidados al final de la vida en unidades de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2020;31(4):170-183. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.12.003>
3. Bermejo JC, Villaceros Durban M. Humanización y acción. *Revista Iberoamericana de Bioética*. 2018;(8):01-16. <https://doi.org/10.14422/rib.i08.y2018.005>
4. Cruz, FM de L. La dignidad humana, en el fin de la vida [Internet]. Argentina: Universidad Católica de Argentina. Facultad “Teresa de Ávila”. Departamento de Derecho; 2016 [Consultado 19 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/5368>
5. Lopera MA. Cuidado humanizado de enfermería al final de la vida: el proceso humanizado de Muerte. *Rev Colomb Enferm*. 2016;13(1):17-26. <https://doi.org/10.18270/rce.v13i1.1898>
6. Cara Rodriguez R. A phenomenological study about the perceptions of nursing professionals to death. 2020;14(1):1-22.
7. Perboni JS, Zilli F, Oliveira SG. Profissionais de saúde e o processo de morte e morrer dos pacientes: uma revisão integrativa. *Pers Bioét*. 2018;22(2):288-302. <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.7>
8. Hernandez Zambrano SM, Carrillo Algarra AJ, Estupiñan Avellaneda YJ, Gonzalez Rodriguez AC, Martinez Herrera E, Enciso Olivera CO, Gomez Duque M. Privilegiar la dignidad durante la muerte en unidades de cuidados intensivos. *Perspectivas del personal de salud*. *Repert Med Cir*. 2020;29(2):111-121. <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.01217273.934>
9. Cordeiro FRG, Oliveira S, Giudice JZ, Fernandes VP, Oliveira AT. Definitions for “palliative care”, “end-of-life” and “terminally ill” in oncology: a scoping review. *E Enfermería (Montevideo)*. 2020;9(2):205-228. <https://doi.org/10.22235/ech.v9i2.2317>
10. Hermosilla Ávila A, Mendoza Llanos R, Contreras Contreras S. Instrumento para valoración del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas. *Index Enferm*. 2016;25(4):273-277.
11. Alligood MR, Tomey AM. Modelos y teorías en enfermería. Barcelona: Elsevier; 2018.
12. Alvarez Sandoval S, Vargas MADDO, Schneider DG, Magalhães ALP, Brehmer LCDF, Zilli F, et al. Muerte y morir en el hospital: una mirada social, espiritual y ética de los estudiantes. *Esc Anna Nery*. 2020;24(3):e20190287. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0287>
13. Sasso Méndez KD, de Campos Pereira Silveira RC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto-Enferm*. 2008;17(4):758-764. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.
14. Joanna Briggs Institute (JBI). Levels of Evidence [Internet]. 2016. [Consultado 11 de marzo de 2021]. Disponible en: https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
15. Joanna Briggs Institute (JBI). Critical Appraisal tools [Internet]. Australia: Faculty of Health and Medical Sciences, University of Adelaide. [Consultado 11 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>

16. Resolución 8430, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. *Diario Oficial* (1993 de 4 de Octubre).
17. Ley 23 de 1982. Sobre derechos de autor. *Diario Oficial* (28 de enero de 1982).
18. Cerit B, Çoşkun S, Çalışkan MA, Temelli G. The Relationship Between Nurses' Ethical Sensitivity Levels and Their Attitudes Toward Principles About Die with Dignity. *J Relig Health*. 2021;60(1):162-177. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01102-8>.
19. Duru Aşiret G, Kürtmeç Yılmaz C, Gökşin İ. Relationship between the nursing students' attitudes towards spiritual care and the principles of a good death. *Perspect Psychiatr Care*. 2020;56(4):913-919. <https://doi.org/10.1111/ppc.12511>.
20. Hernández-Zambrano SM, Carrillo-Algarra AJ, Augusto-Torres C, Katherine-Marroquín I, Enciso-Olivera CO, Gómez-Duque M. Perspective of health personnel on end-of-life care in Intensive Care Units. *Enferm Intensiva*. 2020;31(4):170-183. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.12.003>.
21. Puente-Fernández D, Palma-Ayllón E, Sánchez-García MR, Hueso-Montoro C, Esteban-Burgos AA, Montoya-Juárez R. Development of a Scale Based on Nursing Outcome Classification "Dignified Life Closure" (1307) to Assess End-of-Life Dignity of Patients in Care Homes for the Elderly. *Int J Nurs Knowl*. 2020;31(1):44-49. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12264>.
22. Rudilla D, Oliver A, Galiana L, Barreto P. A new measure of home care patients' dignity at the end of life: The Palliative Patients' Dignity Scale (PPDS). *Palliat Support Care*. 2016;14(2):99-108. <https://doi.org/10.1017/S1478951515000747>.
23. Üzen Cura Ş. Nursing Students' Spiritual Orientations and Their Attitudes Toward the Principles of Dying with Dignity: A Sample from Turkey. *J Relig Health*. 2021;60(1):221-231. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01029-0>.
24. Becker CA, Wright G, Schmit K. Perceptions of dying well and distressing death by acute care nurses. *Appl Nurs Res*. 2017;33:149-154. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.11.006>.
25. Pérez-Vega ME, Cibanal-Juan L. Personal narratives of nurses who care for patients at the end of life. *Int J Palliat Nurs*. 2020;26(1):14-20. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2020.26.1.14>.
26. Puente-Fernández D, Lozano-Romero MM, Montoya-Juárez R, Martí-García C, Campos-Calderón C, Hueso-Montoro C. Nursing Professionals' Attitudes, Strategies, and Care Practices Towards Death: A Systematic Review of Qualitative Studies. *J Nurs Scholarsh*. 2020;52(3):301-310. <https://doi.org/10.1111/jnu.12550>.
27. Lopera BMA. Cuidado humanizado de enfermería al final de la vida: el proceso humanizado de muerte. *Rev. Colomb. Enferm*. 2016;13:16-25. <https://doi.org/10.18270/v13i11.1898>.
28. Pires IB, de Oliva Menezes TM, Borges de Cerqueira B, Santos de Albuquerque R, Guimarães Bastos Moura HC, et al. Conforto no final de vida na terapia intensiva: percepção da equipe multiprofissional. *Acta paul. enferm*. 2020;33:1-7. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020A00148>
29. Terezinha Zenevitz L, de Oliveira Vargas Bitencourt JV, Furlan de Léo MM, Faganello Madureira VS, Buss Thofehrn M, Monteiro da Conceição V. Permission for departing: spiritual nursing care in human finitude. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(3):e20180622. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0622>
30. Ho AHY, Dai AAN, Lam SH, Wong SWP, Tsui ALM, Tang JCS, et al. Development and Pilot Evaluation of a Novel Dignity-Conserving End-of-Life (EoL) Care Model for Nursing Homes in Chinese Societies. *Gerontologist*. 2016;56(3):578-89. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv037>.
31. Holm AL, Berland AK, Birkeland AK, Severinsson E. First-line nurse managers' perceptions of the challenges involved in decision-making when older patients' wish to die. *Nurs Open*. 2018;5(2):217-223. <https://doi.org/10.1002/nop.2.131>.
32. Bubolz BK, Barboza MCN, do Amaral D, Eduarda Duarte, Viegas AC, Bernardes LS, Muniz RM. Perceptions of nursing professionals with regards to the suffering and its coping strategies in oncology. *J. res.: fundam. care. online*. 2019;11(3):599-606. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.599-606>
33. McCaughan D, Roman E, Smith AG, Garry AC; Johnson MJ, Patmore RD et al. Haematology nurses' perspectives of their patients' places of care and death: A UK qualitative interview study. *Eur J Oncol Nurs*. 2019;39:70-80. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.02.003>.
34. Alftberg Å, Ahlström G, Nilsen P, Behm L, Sandgren A, Benzein E, et al. Conversations about Death and Dying with Older People: An Ethnographic Study in Nursing Homes. *Healthcare (Basel)*. 2018;6(2):63. <https://doi.org/10.3390/healthcare6020063>
35. Connolly M, Charnley K, Collins R, Barry C, McIlpatrick S, Larkin P, et al. Evaluating an educational programme for dignity care intervention with community nurses in Ireland. *Int J Palliat Nurs*. 2018;24(10):474-481. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2018.24.10.474>.
36. Duque PA, Ortiz SAT, Reinoso DAL, Marín JER. Revisión sistemática del cuidado al final de la vida. *Med Paliat*. 2019;26(2):156-162. <https://doi.org/10.20986/medpal.2019.1044/2019>.
37. Stacy A, Magdic K, Rosenzweig M, Freeman B, Verosky D. Improving knowledge, comfort, and confidence of nurses providing end-of-life care in the hospital setting through use of the CARES tools. *J Hosp Palliat Nurs*. 2019;21(3):200-206. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000510>.
38. Harstäde CW, Blomberg K, Benzein E, Östlund U. Dignity-conserving care actions in palliative care: an integrative review of Swedish research. *Scand J Caring Sci*. 2018;32(1):8-23. <https://doi.org/10.1111/scs.12433>.
39. Nicol J, Pocock M. Memento Mori: Can art assist student nurses to explore death and dying? A qualitative study. *Nurse Educ Today*. 2020;89:104404. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104404>.
40. Alconero-Camarero AR, Sarabia-Cobo CM, Gonzalez-Gomez S, Ibanez-Rementeria I, Lavin-Alconero L, Sarabia-Cobo AB. Nursing students' emotional intelligence, coping styles and learning satisfaction in clinically simulated palliative care scenarios: An observational study. *Nurse Educ Today*. 2018;61:94-100. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.013>.

41. Ferguson R, Cosby P. Nursing Students' Attitudes and Experiences Toward End-of-Life Care: A Mixed Methods Study Using Simulation. *Clin. Simul. Nurs.* 2017;13(8):343-346. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2017.03.006>.
42. Hall MA. Critical care registered Nurses' Preparedness in the provision of End-of-Life Care. *Dimens Crit Care Nurs.* 2020;39(2):116-125. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000406>.
43. Harrington KJ, Affronti ML, Schneider SM, Razzak AR, Smith TJ. Improving Attitudes and Perceptions About End-of-Life Nursing on a Hospital-Based Palliative Care Unit. *J Hosp Palliat Nurs.* 2019;21(4):272-279. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000523>.
44. Valen K, Haug B, Holm AL, Jensen KT, Grov EK. From Palliative Care Developed During Simulation, to Performance in Clinical Practice—Descriptions From Nursing Students. *J Hosp Palliat Nurs.* 2020;22(3):204-212. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000644>.
45. Jablonski A, McGuigan J, Miller CW. Innovative end-of-life simulation: Educating nursing students to care for patients during transition. *Clinical Simulation in Nursing.* 2020;48:68-74. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2020.08.009>.
46. Sherlin MM, Quinn PT. End-of-life patient simulation: Lessons learned. *Teaching and Learning in Nursing.* 2016;11(4):184-188. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2016.05.002>.
47. O'Shea ER, Mager D. End-of-life nursing education: Enhancing nurse knowledge and attitudes. *Appl Nurs Res.* 2019;50:151-197. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.151197>.
48. Sarabia-Cobo CM, Alconero-Camarero AR, Lavín-Alconero L, Ibáñez-Rementería I. Assessment of a learning intervention in palliative care based on clinical simulations for nursing students. *Nurse Educ Today.* 2016;45:219-24. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.08.014>.
49. Berndtsson IEK, Karlsson MG, Rejnö ÅCU. Nursing students' attitudes toward care of dying patients: A pre- and post-palliative course study. *Heliyon.* 2019;5(10):e02578. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02578>.
50. Cara Rodriguez R. Un estudio fenomenológico acerca de las percepciones de los profesionales de Enfermería sobre la muerte. *Ene.* 2020;14(1):14-17.
51. Pabón-Ortiz EM, Mora-Cruz JV, Buitrago-Buitrago CY, Castiblanco-Montañez RA. Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en salud en urgencias. *Rev. Cienc Ciudad.* 2021;18(1):94-104. <https://doi.org/10.22463/17949831.2512>.
52. García Campayo J, Demarzo M. Mindfulness y compasión la nueva revolución. España: Editorial Siglantana S.L.; 2015.
53. Escribano S, Cabañero-Martínez MJ, Fernández-Alcántara M, García-Sanjuán S, Montoya-Juárez R, Juliá-Sanchis R. Efficacy of a Standardised Patient Simulation Programme for Chronicity and End-of-Life Care Training in Undergraduate Nursing Students. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(21):11673. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111673>.
54. Smith MB, Macieira TGR, Bumbach MD, Garbutt SJ, Citty SW, Stephen A, et al. The Use of Simulation to Teach Nursing Students and Clinicians Palliative Care and End-of-Life Communication: A Systematic Review. *Am J Hosp Palliat Care.* 2018;35(8):1140-1154. <https://doi.org/10.1177/1049909118761386>.
55. Randall D, Garbutt D, Barnard M. Using simulation as a learning experience in clinical teams to learn about palliative and end-of-life care: A literature review. *Death Stud.* 2018;42(3):172-183. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1334006>.
56. Egan H, Mantzios M, Jackson C. Health Practitioners and the Directive Towards Compassionate Healthcare in the UK: Exploring the Need to Educate Health Practitioners on How to be Self-Compassionate and Mindful Alongside Mandating Compassion Towards Patients. *Health Professions Education.* 2017;3(2):61-63. <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2016.09.002>

