



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

**ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES DE CUIDADOS INTENSIVOS:
JUSTO O INNECESARIO. VISIBILIDAD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**THERAPEUTIC STRESSING IN INTENSIVE CARE PATIENTS: FAIR OR
UNNECESSARY. VISIBILITY OF THE NURSING PROFESSIONAL**

Artículo profesional previo a la obtención del título de Magíster en Gestión del Cuidado con
mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos

Línea de Investigación: Salud y grupos vulnerables.

Autoría:

**ALISSON PATRICIA MUÑOZ GUANGA
PRISCILA JAQUELINE HERRERA SÁNCHEZ**

Dirección:

Mg. MARICELYS JIMENEZ BARRERA

Santo Domingo – Ecuador

Agosto, 2022



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

HOJA DE APROBACIÓN

**ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES DE CUIDADOS INTENSIVOS:
JUSTO O INNECESARIO. VISIBILIDAD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
THERAPEUTIC STRESSING IN INTENSIVE CARE PATIENTS: FAIR OR
UNNECESSARY. VISIBILITY OF THE NURSING PROFESSIONAL**

Línea de Investigación: Salud y grupos vulnerables.

Autoría:

**ALISSON PATRICIA MUÑOZ GUANGA
PRISCILA JAQUELINE HERRERA SÁNCHEZ**

Maricelys Jiménez Barrera, Mg.

DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Sandy Janeth Aules Merchancano, Mg.

CALIFICADORA

Ana Lucila Moscoso Mateus, Mg.

CALIFICADORA

Yullio Cano de la Cruz, PhD.

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADOS

Santo Domingo – Ecuador

Agosto, 2022

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Nosotras, PRISCILA JAQUELINE HERRERA SÁNCHEZ portador de la cédula de ciudadanía No. 235029396-1 y ALISSON PATRICIA MUÑOZ GUANGA portador de la cédula de ciudadanía No. 171846330-8 declaramos que los resultados obtenidos en la investigación que presentamos como informe final, previo la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos son absolutamente originales, auténticas y personales.

En tal virtud, declaramos que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de nuestra sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Igualmente declaramos que todo resultado académico que se desprenda de esta investigación y que se difunda, tendrá como filiación la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, reconociendo en las autorías al director del Trabajo de Titulación y demás profesores que amerita. Estas publicaciones presentarán el siguiente orden de aparición en cuanto a los autores y coautores: en primer lugar, a los estudiantes autores de la investigación; en segundo lugar, al director del trabajo de titulación y, por último, siempre que se justifique, otros colaboradores en la publicación y trabajo de titulación.

Además, declaramos que el presente trabajo, producto de las actividades académicas y de investigación, forma parte del capital intelectual de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 16, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior.

En tal razón, autorizamos a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, para que pueda hacer uso, con fines netamente académicos, del Trabajo de Titulación, ya sea de forma impresa, digital y/o electrónica o por cualquier medio conocido o por conocerse, siendo el presente documento la constancia del consentimiento autorizado; y, para que sea ingresado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su conocimiento público, en cumplimiento del artículo 103 de la Ley Orgánica de Educación Superior.


Priscila Jaqueline Herrera Sánchez
CI. 235029396-1

 Firmado electrónicamente por:
ALISSON
PATRICIA MUÑOZ
GUANGA
Alisson Patricia Muñoz Guanga
CI. 171846330 -8

INFORME DE TRABAJO DE TITULACIÓN ESCRITO DE POSTGRADO

Yullio Cano de la Cruz, Mg.

Dirección de Investigación y Postgrados

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo

De mi consideración,

Por medio del presente informe en calidad del director/a del Trabajo de Titulación de Postgrado de MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL CUIDADO CON MENCIÓN EN UNIDADES DE EMERGENCIA Y UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS., titulado ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES DE CUIDADOS INTENSIVOS: JUSTO O INNECESARIO. VISIBILIDAD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA realizado por los maestrantes: Priscila Jaqueline Herrera Sánchez con cédula: No 2350293961 y Alisson Patricia Muñoz Guanga con cédula: No 171846330-8, previo a la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos., informo que el presente trabajo de titulación escrito se encuentra finalizado conforme a la guía y el formato de la Sede vigente.

Además, certifico haber verificado la originalidad y autenticidad del trabajo de titulación por medio del programa anti plagio Turnitin, en respuesta a la normativa institucional vigente.

Santo Domingo, 18 de agosto del 2022

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:

**MARICELYS
JIMENEZ
BARRERA**

Maricelys Jimenez Barrera, Mg

Profesor No Titular Auxiliar I

AGRADECIMIENTOS

Le agradecemos a Dios por habernos dado la vida y por guiarnos en cada paso que damos, por darnos fuerza en momentos de debilidad y por bendecirnos en cada momento.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo por formarnos como profesionales con valores, virtudes y principios.

Agradecemos a la Mg. Maricelys Jiménez Barrera por brindarnos todo su apoyo y compartirnos sus conocimientos durante nuestra vida estudiantil y guiarnos durante el desarrollo de nuestro trabajo de titulación, muchas gracias.

Priscila Jaqueline Herrera Sánchez y Alisson Patricia Muñoz Guanga

DEDICATORIA

Este trabajo de titulación se lo dedicamos con mucho amor a nuestros padres que han creído en nosotras y nuestras capacidades, por darnos el más puro ejemplo de amor, comprensión, paciencia y superación. A nuestros hermanos por alentarnos e impulsarnos en momentos difíciles, a nuestros abuelitos por darnos consejos y estar presente en cada etapa de nuestras vidas.

Dedicamos esta tesis a nuestros docentes y compañeros de trabajo por enriquecernos de conocimientos y formarnos como profesionales de enfermería.

Priscila Jaqueline Herrera Sánchez y Alisson Patricia Muñoz Guanga

RESUMEN

Se vive uno de los desafíos más grandes que existe en el manejo al final de la vida del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), ya sea por obstinación terapéutica profesional o solicitud tanto del familiar como del paciente. Esta investigación tuvo como objetivo analizar las perspectivas de los profesionales de enfermería frente al encarnizamiento terapéutico. El enfoque fue cualitativo, descriptivo con un diseño fenomenológico. Participaron 14 profesionales de enfermería cuyo muestreo fue no probabilístico por conveniencia con saturación de categorías. Se empleó la entrevista semiestructurada y grupo focal como técnica para la obtención de los datos. Se utilizó el método de Colaizzi para el análisis de datos. Resultados: emergieron seis categorías; perspectivas de los profesionales de enfermería, experiencia en el proceso del cuidado, conocimiento sobre el encarnizamiento terapéutico, prolongación de la muerte con tratamiento fútil, vivir dignamente y el derecho al buen morir, la espiritualidad, Dios y resiliencia. Consideraciones finales: se puede indicar que los profesionales perciben en sentido desfavorable el no ser valorada su opinión, generando un ambiente laboral no saludable y develando la extenuante realidad que se vive en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI); donde el desconocimiento conceptual sobre bioética, distanasia, eutanasia y ortotanasia es una responsabilidad propia de la auto preparación y de las Instituciones de Salud donde laboran, a más de forjarse con la concepción holística de que Dios es el único ente supremo que otorga y retira la vida de los seres.

Palabras clave: Resiliencia, espiritualismo, muerte, tratamiento médico.

ABSTRACT

One of the greatest challenges that exists in the management of patients at the end of life in the Intensive Care Unit (ICU) is experienced, either by professional therapeutic obstinacy or at the request of both the family and the patient. The objective of this research was to analyze the perspectives of nursing professionals in the face of therapeutic incarceration. The approach was qualitative, descriptive with a phenomenological design. Fourteen nursing professionals participated with a non-probabilistic sampling by convenience with category saturation. The semi-structured interview and focus group were used as data collection techniques. Colaizzi's method was used for data analysis. Results: six categories emerged; nursing professionals' perspectives, experience in the care process, knowledge about therapeutic incarceration, prolongation of death with futile treatment, living with dignity and the right to good death, spirituality, God and resilience. Final considerations: It can be indicated that professionals perceive unfavorably that their opinion is not valued, generating an unhealthy work environment and revealing the strenuous reality that is lived in the Intensive Care Units (ICU); where the conceptual ignorance about bioethics, distanasia, euthanasia and orthotanasia is a responsibility of self-preparation and of the Health Institutions where they work, in addition to being forged with the holistic conception that God is the only supreme entity that grants and withdraws life from beings.

Keywords: Resilience, spiritualism, death, medical treatment.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	Introducción.....	1
2.	REVISIÓN DE LA LITERATURA	5
2.1.	Fundamento teórico.....	5
2.2.	Antecedentes	5
2.2.1.	Internacionales	5
2.2.2.	Antecedente Nacional	6
2.3.	Marco conceptual	6
2.3.1.	Eutanasia y ortotanasia.....	6
2.3.2.	Encarnizamiento terapéutico	6
2.3.2.1.	Del equipo sanitario	7
2.3.2.2.	Del grupo familiar	7
2.3.2.3.	Del paciente.....	7
2.3.3.	Rol del enfermero en el encarnizamiento terapéutico.....	8
2.3.4.	Formación académica del profesional de enfermería frente al encarnizamiento terapéutico	9
2.3.5.	Limitación del esfuerzo terapéutico (LET)	9
2.3.5.1.	Tratamiento fútil.....	10
2.3.5.2.	Deseos de la persona	10
2.3.5.3.	Calidad de vida del paciente	10
2.3.5.4.	El costo económico	10
2.3.6.	Principios bioéticos	11
2.3.6.1.	No maleficencia	11
2.3.6.2.	Beneficencia	11
2.3.6.3.	Autonomía.....	11
2.3.6.4.	Justicia.....	12

2.4.	Marco legal.....	12
3.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	14
3.1.	Enfoque, diseño y tipo de investigación	14
3.2.	Población y muestra	14
3.3.	Técnicas e instrumentos de recogida de datos	16
3.4.	Técnicas de análisis de datos.....	17
4.	Resultados	18
5.	Discusión	19
6.	Conclusiones	26
7.	Referencias bibliográficas	28
8.	Anexos	33

1. INTRODUCCIÓN

A nivel del mundo se vive uno de los desafíos más grandes que existe en el manejo al final de la vida del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), ya sea por obstinación terapéutica profesional o solicitud tanto del familiar como del paciente. Se denomina al encarnizamiento terapéutico como una práctica asistencial que tiene como objetivo alargar la vida con el empleo de medidas artificiales cuando existe un diagnóstico irreversible (Gutiérrez, 2020).

En este sentido, el protagonismo del enfermero en Honduras según Cruz, Pacheco, Savoff y Wood (2019) se lleva a cabo a través de su rol al momento de tomar una decisión que incurre en la obstinación terapéutica, siendo su percepción más extensa al englobar a la familia, sus costumbres y creencias. La base del quehacer de los profesionales de la salud está sustentada en formar a los mismos con alto nivel de competencia, constituyendo un reto en un mundo cambiante y siendo la alta calidad moral y educación ética la clave para evitar el encarnizamiento terapéutico. Para los autores, se debe considerar la autonomía del paciente, cuidar su dignidad, su libertad y la escasez de recursos a la búsqueda de mejores alternativas, en consecuencia, se inhibiría una asistencia fútil.

En Cuba, la generalización y aprobación legal sobre la eutanasia, distanasia y ortotanasia demuestra que existen factores que delimitan la aceptación de las mismas, siendo los familiares los responsables del curso final de la vida de los pacientes. En estas realidades la formación bioética del profesional de la salud influye negativamente por la insuficiente preparación sobre el tema (Roig, Santos, Ferrer, Méndez y Casado, 2020).

Este contexto de conquistas y retos se concretan con las transformaciones científicas al tener en cuenta las necesidades reales y sentidas en estos profesionales, siendo la formación continua de los mismos la responsabilidad para sostener la calidad de la asistencia brindada donde el término distanasia y sus derivados se hacen novedosos. Es la familia quien impone la aplicación de medidas que puedan considerarse intencionales al ser conscientes de lo que acontece con el paciente, lo cual revela el inminente desconcierto e insuficiente preparación profesional en este tema al permitirlo (Mendoza, 2020).

Es ineludible admitir el compromiso de los profesionales de la salud en la formación continua para la toma de decisiones, sosteniendo la calidad de la asistencia brindada ante la

exigencia de conocimientos y habilidades para un mejor servicio, donde se fomenten los principios bioéticos que propician brindar seguridad al paciente, familia y personal sanitario; generando así cambios de actitudes, comportamientos y decisiones en los cuidados al final de la vida.

Ante estas justificaciones, en Ecuador queda evidenciado que la formación continua del enfermero se encuentra en desarrollo, esto hace evidente la necesidad de preparación de los mismos relacionado con la temática del encarnizamiento terapéutico para elevar la calidad de la asistencia sanitaria donde el enfermero es uno de los protagonistas al brindar cuidados integrales, teniendo en cuenta las necesidades y situaciones de ensañamiento terapéutico en el paciente sometido a procesos que alarga su agonía. Se visibiliza la necesidad del conocimiento sobre las diferencias entre eutanasia, distanasia y ortotanasia para mejorar la calidad de vida de los pacientes hasta que se produzca la muerte porque la obstinación terapéutica es inhumana y carece de valores bioéticos, asimismo, la aplicación de medidas para mejorar la calidad de vida en la etapa final al ser ilegales estas tomas de decisiones (Gualán, Elizalde, Peláez y Torres, 2019).

Finalmente, las consideraciones descritas facilitan la necesidad de diferenciar los dos términos opuestos: eutanasia y encarnizamiento terapéutico, siendo este último una injusticia frente a la valía del paciente en el final de la vida puesto que el personal de salud aplaza la defunción sin consideraciones especiales, convirtiéndose en un medio insensato de mantener la vida con mecanismos extraordinarios y tornándose en una acometida arbitraria hacia la persona al no depender de actividades y medidas impuestas para el éxito del tratamiento o mejoría del paciente, evidenciado en instituciones públicas y privadas con áreas de UCI (Martínez, 2019).

Lo mencionado anteriormente sirvió de motivación para plantear la siguiente interrogante: ¿Se contribuye en la formación continua del profesional de enfermería o solo se preocupa por la función asistencial y se olvida de renovar el nivel cognitivo para brindar un cuidado de manera integral?

Con respecto al objeto de estudio la presente investigación trató de la percepción de los profesionales de enfermería frente al encarnizamiento terapéutico. Por lo anterior expuesto surgen las preguntas norteadoras:

1. ¿Los profesionales de enfermería conocen el término de encarnizamiento terapéutico? De ser así, ¿cuáles son las consideraciones de los enfermeros frente al fenómeno?
2. ¿Es deliberada o consensuada la aplicación del encarnizamiento terapéutico en conjunto con la familia, personal médico y enfermero?
3. ¿Su unidad de trabajo cuenta con las medidas necesarias para favorecer el encarnizamiento terapéutico?

Los objetivos que se han establecido para la investigación son:

1. Analizar las perspectivas de los profesionales de enfermería frente al encarnizamiento terapéutico.
2. Describir la percepción del enfermero en el proceso del cuidado de pacientes UCI con obstinación terapéutica.
3. Determinar la cognición de los enfermeros de UCI acerca del encarnizamiento terapéutico que se practica en su unidad.

Ante estas justificaciones el presente estudio favorecerá en llenar el vacío del conocimiento centrado en la formación continua del profesional de enfermería en cuanto al encarnizamiento terapéutico, fortaleciéndose los saberes cognitivos, actitudinales y procedimentales de los mismos.

Para Arturo et al. (2017) la formación de los profesionales en bioética, calidad asistencial y humanizada es fundamental para obrar en beneficio de los pacientes, evitando el paternalismo y permitiendo así cuidar la dignidad de los mismos. Cabe señalar que el acompañamiento de la familia sin restricciones de horario es esencial para quienes se encuentran internados en estado vegetativo.

En ampliación de lo expresado, se hace necesario la formación del profesional de enfermería en el ámbito de la bioética relacionado con el encarnizamiento terapéutico al representar uno de los grandes dilemas, dado a que ningún humano tiene la potestad de acabar con la vida de otro, o en este caso, alargar su agonía con procedimientos.

De ahí que este estudio contribuyó al cumplimiento del Plan de creación de oportunidades 2021-2025, enfocándose en el objetivo 6 que busca garantizar el derecho a la

salud integral, gratuita y de calidad, que tiene como política la modernización del sistema de salud garantizando servicios de calidad con eficiencia y transparencia (Secretaría Nacional de Planificación, 2021). En este sentido el estudio visibilizó la necesidad de brindar un cuidado humanizado al paciente en estadio terminal, así como considerar la percepción de enfermería frente a este tipo de atención. Donde el cuidar es más que una acción y origina repercusión como amor y compasión (Boff, 2004). Todo lo antes mencionado responde a las necesidades sentidas por el paciente, familiar y profesional de enfermería en el proceso del cuidado que abarca las particularidades de la persona cuidada y de quien cuida, siendo el personal de enfermería la mano que brinda el amor para que el paciente tenga una muerte digna y acompañada física, emocional y espiritualmente.

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Fundamento teórico

La interacción con los pacientes crea vínculos y relaciones estrechas, estrictas y permanentes. Una elevada demanda de preparación técnica y científica sin dejar de lado la práctica del respeto, el afecto y los valores éticos aprendidos a lo largo de la carrera y la vida personal-social son fundamentales para garantizar la consideración y el cuidado humanizado del paciente (Watson, O'Grady, Horton y Malloch, 2018).

2.2. Antecedentes

2.2.1. Internacionales

Aplicación de tratamientos médicos fútiles en las unidades de cuidados intensivos ¿Cómo se percibe? Es el estudio de Sagrera (2019) en España, donde indagó las percepciones médicas y enfermeras sobre la extensión de la agonía de pacientes en UCI mediante una revisión bibliográfica, seleccionando 24 artículos en Pubmed, Lilacs y Medline. La autora concluye que el encarnizamiento terapéutico es un problema a nivel mundial no resuelto, con una ejecución permanente que colapsa las UCI, restringe y genera escasez de recursos hospitalarios ya sea por el heroísmo de los médicos, por no considerar opiniones del paciente/familiares y por impedir la intervención del personal enfermero en la toma de decisiones, siendo ellos quienes comparten mayoritariamente con el enfermo y sus allegados. La autora recalca que se necesita respetar el rol de enfermería para erradicarlo.

En Colombia, el estudio adecuación del esfuerzo terapéutico al final de la vida de Castaño, Peña y Rivera (2021) se fundamenta en una revisión bibliográfica de 18 artículos que incluyan palabras claves como ensañamiento terapéutico en Google Académico, donde los autores señalan que el encarnizamiento es una medida que produce en el enfermo dolor, molestia y sufrimiento, acrecentando el perjuicio físico, psicológico y social del mismo y su familia, lo que está en contra de la bioética porque no generan beneficio alguno al final de la vida. Concluyendo en que, ante la distanasia la adecuación del esfuerzo terapéutico es la forma más viable y digna de permitir al paciente su deceso, haciendo hincapié en los valores, la humanización y las capacidades cognitivas de los profesionales; convirtiéndolo en una necesidad tanto para el paciente como sus familiares.

2.2.2. Antecedente Nacional

Álvarez y Soria (2019) en su estudio determinación de distanasia mediante la valoración de futilidad y la relación con el conocimiento del personal médico, fue desarrollado en las UCI de los hospitales HCAM y SOLCA de Quito-Ecuador de julio 2018 a mayo 2019 con enfoque mixto, método prospectivo, longitudinal y observacional de 344 pacientes con APACHE II >15 pts. e interrogatorio de 85 médicos; donde emplearon estadística inferencial, SPSS, chi-cuadrado, entre otros para el análisis de datos. Los resultados que se obtuvieron son: 35,47% de los pacientes demostraron distanasia, 42,94% son >65 años, se presenta en un 62,16% de quienes se reanimó y el 85,88% de los médicos conocen el tema. Concluyendo que el Score SOFA a las 24 h >10 puntos pronosticaron la distanasia con una asociación directa a pacientes con choque séptico, RCP y Glasgow <8.

2.3. Marco conceptual

2.3.1. Eutanasia y ortotanasia

Es fundamental definir los presentes conceptos con la finalidad de que se logre identificar las diferencias entre los mismos. La eutanasia consiste en la aplicación de diferentes procedimientos o la anulación de los mismos con el propósito de acelerar el proceso natural de morir, mientras que el término ortotanasia hace referencia a la proporción de ciertas medidas o cuidados que garanticen el alivio del sufrimiento para el paciente y la familia, aceptando el proceso natural de la muerte y generando confort sin provocar intencionalmente su deceso ni el encarnizamiento terapéutico (Vera, 2019).

2.3.2. Encarnizamiento terapéutico

El encarnizamiento terapéutico, también denominado ensañamiento terapéutico, obstinación terapéutica o distanasia es considerada una praxis médica en la que se aplican diferentes medidas de soporte vital a personas que por su condición no podrán recuperarse. Esta práctica no beneficiará de ninguna manera al paciente, al contrario, prolongará su sufrimiento y retrasa el proceso natural de la muerte. Adicional a ello, el ensañamiento terapéutico representa para el paciente y su familia un conjunto de riesgos físicos, sociales y psicológicos que alargan su agonía (Hanna, 2021).

Estrechamente relacionada se encuentra la concepción de Vera (2019) quien define el encarnizamiento terapéutico como la aplicación de métodos desproporcionados que por la irrecuperabilidad del paciente resultan inútiles, prolongando la vida, afectando su calidad y extendiendo la agonía. Esta práctica se realiza por la carencia de formación del personal, el miedo que provoca el proceso de morir en el paciente y su familia, la incorrecta aceptación del proceso natural de la muerte por los mismos, entre otros. Según Hanna (2021) existen varias razones para la aplicación del encarnizamiento terapéutico, entre las principales se encuentran las del equipo sanitario, de la familia y del paciente.

2.3.2.1. Del equipo sanitario

Llegar a un diagnóstico adecuado y aceptado por el personal médico, la familia y el paciente representa una gran dificultad, donde el equipo sanitario suele tener diferentes criterios en cuanto al juicio clínico y las medidas terapéuticas. Determinar que un paciente ya no tiene cura o es terminal es una decisión difícil de tomar y la implementación constante de nueva tecnología problematiza el procedimiento debido a que el personal sanitario se empeña en encontrar una solución y salvar la vida del paciente, aunque este ya no se vea beneficiado por ningún procedimiento (Hanna, 2021).

El personal sanitario puede sentirse obligado a implementar medidas que resultan inútiles según el estado del paciente, que no cambiarán el diagnóstico y postergar lo inevitable, la muerte. Por otro lado, el personal sanitario por su egocentrismo puede negarse rotundamente a aceptar que las medidas terapéuticas aplicadas al paciente resultan totalmente innecesarias (Hanna, 2021).

2.3.2.2. Del grupo familiar

El apego afectivo de los familiares sin duda alguna tiene gran influencia en la toma de decisiones terapéuticas para el paciente, donde ellos deberían tomar estas decisiones basándose en el beneficio que las mismas tendrán en su allegado, mas no en los deseos de ellos mismos o del médico. Velar por el bienestar biopsicosocial del paciente debe ser prioridad (Hanna, 2021).

2.3.2.3. Del paciente

Los pacientes conscientes y que tengan la capacidad de tomar decisiones tienen el derecho a elegir junto con el equipo médico las diferentes medidas terapéuticas que él considere más factibles según el estado de su salud. Esta actividad es poco frecuente y se ve limitada por

el estado de consciencia del paciente, por lo tanto, el equipo médico junto con la familia toma las decisiones (Hanna, 2021).

Todo lo antes mencionado trae varias consecuencias para el paciente, no solo físicas sino también psicológicas y sociales que prolonga el sufrimiento y afecta la salud de la familia en general. El personal de salud aplica cuidados extraordinarios para evitar la muerte, lo que implica el uso de insumos y diferentes medidas terapéuticas que, a pesar del esfuerzo, serán infructuosos.

2.3.3. Rol del enfermero en el encarnizamiento terapéutico

El rol del enfermero en la muerte es el mismo que en las demás etapas de la vida del ser humano, cuidar, respetar y asegurar la dignidad del paciente; donde el profesional debe identificar diferentes situaciones que vulneren lo antes mencionado evitando la obstinación terapéutica y el ensañamiento a procesos fútiles que en lugar de beneficiar al paciente retrasan un proceso natural ocasionando dolor y aumentando el sufrimiento en la persona y la familia (Gualán et al., 2019).

El personal de enfermería es el que tiene más contacto con los pacientes, esto le permite estrechar lazos e identificar diferentes situaciones y emociones que el paciente esté desarrollando como miedo, dolor, angustia y soledad, es por esto que el enfermero debe cuidar al paciente ante situaciones que vulneren sus derechos y educar a la familia para que puedan aceptar el hecho de que la muerte es un proceso natural, con el propósito de convertir a esta etapa de la vida en un final con dignidad en la que el paciente sufra al mínimo, reconociendo al mismo como un ser biopsicosocial (Gualán et al., 2019).

En lo supra citado se evidencian las funciones a cumplir por parte del personal de enfermería ante la muerte, según Collado et al. (2019) los enfermeros conocen acerca de su actuar en esta etapa final de la vida, siendo de suma importancia respetar los derechos y libertad del paciente, así como también resguardar su dignidad independientemente de cual sea su decisión o la de su familia. El enfermero es el responsable de brindar en todo momento cuidados garantizando una buena calidad de vida en la última etapa de la misma.

2.3.4. Formación académica del profesional de enfermería frente al encarnizamiento terapéutico

Como es de conocimiento general, en la antigüedad el cuidado a los enfermos era meramente una práctica empírica que estaba a cargo de sacerdotes y monjas, es a partir del siglo XIX gracias a Florence Nightingale, fundadora de la enfermería moderna, que se visibiliza la importancia de la formación de la enfermera para brindar cuidados de calidad fundamentados en valores y principios. Nightingale sin duda construyó las bases para lo que es hoy la enfermería, una profesión reconocida. Posteriormente surgieron modelos y teorías que guiaban el actuar del profesional de enfermería ante distintas situaciones y necesidades del ser humano donde actualmente se considera que el mismo tiene un amplio campo de conocimientos y experiencia (Águila et al., 2020).

En base a lo antes mencionado, según Benner, Stuphen, Leonard y Day (2008) la experiencia que adquiere el profesional de enfermería es directamente proporcional al incremento de distintas capacidades y actitudes, mientras más tiempo de experiencia profesional tienen los enfermeros presentan mayores competencias, actitudes y valores que les permite tener más agilidad al momento de solucionar problemas o tomar decisiones. Por otro lado, la formación académica es aquella que se adquiere en las instituciones educativas que forman a los profesionales.

Sin embargo, Mejía (2019) menciona que la experiencia profesional sin una base de conocimientos académicos y principios éticos no contribuye al cuidado de los pacientes en estado irreversible, es así que se visibiliza la importancia de la formación académica con valores, criterios y juicio clínico para poder brindar cuidados de calidad y asegurar que el paciente tenga una muerte digna.

2.3.5. Limitación del esfuerzo terapéutico (LET)

Para evitar el encarnizamiento terapéutico se aplica la limitación del esfuerzo terapéutico LET que busca tomar decisiones como suspender medidas cuando es evidente la desproporción entre el objetivo a alcanzar y los métodos terapéuticos utilizados que no benefician al paciente. Según Hanna (2021) existen ciertos criterios para la aplicación de la LET:

2.3.5.1. Tratamiento fútil

En el marco de la ética el médico no debe mantener tratamientos inútiles o extraordinarios que no aporten en ningún sentido a la mejoría del paciente y no cambien su situación clínica actual mejorando, por otro lado, debe procurar el bienestar del mismo evitándose el sufrimiento, aliviando síntomas como el dolor y cuidando su comodidad (Hanna, 2021).

2.3.5.2. Deseos de la persona

Para esto el paciente debe estar en total uso de la razón y recibir información oportuna y veraz a tiempo acerca de su situación clínica y las diferentes opciones que él tiene en cuanto a sus tratamientos. En este contexto, se debe respetar el principio de autonomía del paciente que es capaz de decidir sobre su enfermedad y las diferentes terapias que se le brindarán, mismas que siempre buscarán asegurar la calidad de vida en cada etapa de la misma (Hanna, 2021).

2.3.5.3. Calidad de vida del paciente

Una buena calidad de vida incluye el bienestar físico, material, social y emocional; es así que se visualiza a la persona como un ser biopsicosocial. El personal sanitario debe asegurarse de precautelar el bienestar del paciente evitando la obstinación terapéutica y cuidando al ser humano en todos los aspectos asegurando una atención de calidad y calidez (Hanna, 2021).

2.3.5.4. El costo económico

El gasto que implica mantener a un familiar en terapia intensiva en el sector privado con diferentes medidas terapéuticas influye de manera significativa en las decisiones de las familias en la LET, optando por la aplicación de medidas como los cuidados paliativos. En este sentido, en el sector público sucede lo contrario, pues es el estado el que corre con los gastos de hospitalización y esto muchas veces provoca que los familiares se apeguen a la obstinación terapéutica (Hanna, 2021).

2.3.6. Principios bioéticos

2.3.6.1. No maleficencia

Para cumplir con este principio se debe evitar someter al paciente a procedimientos inútiles, evitar perjudicar a la persona con tratamientos que causan dolor y prolongan la agonía (Vera, 2019). En base a lo antes mencionado, según Hanna (2021) este principio se ve vulnerado cuando se aplica el encarnizamiento terapéutico debido a que se aplican procedimientos que alargan el proceso natural de morir con dolor y sufrimiento.

2.3.6.2. Beneficencia

Este principio busca prever siempre los beneficios a otros suprimiendo los maleficios, donde mantener a un paciente vivo bajo cualquier circunstancia no representa un beneficio. El personal sanitario debe procurar cumplir con diferentes fines como recuperar la salud del paciente, cuidar la vida y evitar cualquier tipo de sufrimiento innecesario asegurando una buena calidad en la atención (Vera, 2019).

2.3.6.3. Autonomía

Los pacientes que estén en pleno uso de sus facultades, conscientes y orientados tienen derecho a decidir sobre sus tratamientos ayudando al equipo médico en la toma de decisiones, los pacientes tienen la libertad de elegir y solicitar la LET o un tratamiento que podría implicar el esfuerzo terapéutico. Sin embargo, en los pacientes de UCI debido a su estado de consciencia se puede ver limitado este principio, de aquí nace la importancia de mantener un diálogo claro desde el principio de la enfermedad para que la persona pueda expresar sus decisiones ante distintas posibles situaciones (Hanna, 2021).

El ser humano es un ser autónomo, por lo tanto, siempre se debe respetar el derecho que tienen los pacientes de elegir sobre su tratamiento respetando su libertad y el principio de autonomía, esto se logra cuando el personal de salud informa oportunamente al paciente sobre el estado real de su salud, dándole a conocer también las diferentes opciones de terapia que el mismo tendrá. Es importante obtener el consentimiento o el rechazo de ciertas medidas para respetar la dignidad del paciente (da Silva, Hubbe y Dadalto, 2021).

2.3.6.4. Justicia

Hace énfasis en garantizar el cumplimiento del derecho que tienen todas las personas a obtener atención médica e insumos médicos de manera equitativa, donde muchas veces se aplican medidas extraordinarias a pacientes que no se recuperarán e inevitablemente desprovveen de este derecho a otros pacientes que sí pueden beneficiarse de estos tratamientos (Hanna, 2021).

2.4. Marco legal

Al garantizar una vida digna al ciudadano también se le debe de garantizar una muerte digna con los más altos estándares de calidad al producirse en su estancia hospitalaria en un área de UCI o cualquier otra. Según la Asamblea Nacional Constituyente (2008) en la Constitución de la República del Ecuador se contemplan dos artículos que enfatizan la concepción antes mencionada y que es necesaria para aclarar cualquier duda de los profesionales, pacientes y sus familiares para erradicar el acoplamiento artificial de un enfermo que no cuenta con viabilidad para su mejoría/recuperación parcial o total. Dichos artículos son el Art. 66 número 2, donde se avala la vida digna de los pobladores de Ecuador y se certifica la disposición de aquellos aspectos básicos para asegurar la subsistencia de los individuos como la salud; y el Art. 84 donde toda entidad con autoridad legal estará impuesta a proporcionar o a ajustar las leyes ya establecidas en la Constitución para avalar la dignidad de los ecuatorianos.

Para Pabón (2020) se debe considerar la agonía de quienes padezcan una enfermedad terminal o catastrófica, quienes no tengan un futuro favorecedor libre de sufrimiento y dolor, que pese a los cuidados y analgesia no se erradique el problema envolviéndolos en circunstancias denigrantes. Debe prevalecer bajo cualquier circunstancia el respeto a la autonomía del paciente, valoración crítica de la familia y la toma de decisiones del profesional sanitario en base a la bioética, lo cual impedirá extender la vida con procedimientos desproporcionados o extraordinarios. Sin embargo, en el Ecuador la muerte digna no es un derecho establecido para los ciudadanos, recalando que cualquiera de sus formas de presentación (ortotanasia y distanasia) no es considerada como delito.

Por todo lo antes mencionado, en la Constitución Ecuatoriana es viable la implementación de un nuevo derecho, el de dignificar la muerte de la población con la elección de un medio que sea justificado por la condición de salud del ecuatoriano, con el fin de que no se aplase la muerte de forma fútil, complicada y agonizante para el individuo como para su

familia. Todo ello de la mano de la transmisión de información para afianzar la cultura en salud de la sociedad y su aceptación.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Enfoque, diseño y tipo de investigación

La presente investigación fue de enfoque cualitativo, según Prado, Souza, Monticelli, Cometto y Gómez (2013) dicho enfoque indaga en el entendimiento, mas no en el esclarecimiento del fenómeno estudiado, siendo de interés un problema concreto y peculiar, sin cautela de normas o leyes que intercedan en su desarrollo. Dicha forma de investigar trasciende en una revelación de la realidad y veracidad de los sujetos de estudio, quienes mediante su expresión permiten conocer cualidades o particularidades específicas.

El método de estudio que se utilizó es el descriptivo con una aproximación fenomenológica, utilizando el lenguaje EMIC-ETIC. Prado et al. (2013) mencionan que el método descriptivo se origina desde un acercamiento precedente del tema a abordarse lo que permite al investigador mantener una correspondencia estrecha con la temática, donde la fenomenología es el pilar fundamental para su desarrollo al basarse en la realidad, en una indagación direccionada y la descripción de lo que es de interés investigativo de forma consciente, eximiéndose de supuestos y perjuicios. Dicha metodología afianza la enfermería en la temática al permitir a los sujetos exponer su cotidianidad con su grado de complicación y particularidades desde el punto de vista de cada persona, entendiendo sus creencias, valores y cualidades.

Al emplear dicha metodología en la presente investigación sobre la perspectiva del personal de enfermería frente al encarnizamiento terapéutico, permitió comprender la realidad de los enfermeros de UCI que han experimentado vivencias donde los pacientes se mantienen acoplados a un soporte vital artificial sin criterios de recuperación; y es su conocimiento, convicciones, particularidades, valores y creencias lo que proyecta con un alto impacto al estudio, al considerarse las concepciones enfermeras sobre si son justas o innecesarias las acciones encaminadas a extender la agonía de los pacientes frente a investigaciones previas en las que se toman como único referente a los familiares o médicos.

3.2. Población y muestra

Para la presente investigación se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia y saturación de categorías donde participaron los profesionales de enfermería que laboran en unidades de cuidados intensivos de hospitales de segundo y tercer nivel del Ecuador que

accepten libre y voluntariamente formar parte del estudio, conformando una muestra de 14 participantes para la saturación de unidades de significado. Según Otzen y Manterola (2017) en el muestreo no probabilístico por conveniencia el investigador selecciona a los participantes que voluntariamente accedan a participar en el estudio basado en la proximidad de los mismos para con el investigador.

Para Martínez (2011) en la investigación cualitativa se saturan las unidades de significado cuando mediante las entrevistas no aparecen datos o ideas diversas relevantes para la investigación, por lo que la búsqueda de nueva información se detiene. Asimismo, Prado et al. (2013) mencionan que la saturación ocurre cuando el investigador ha realizado una búsqueda exhaustiva del fenómeno de estudio, donde la repetición de los datos, ideas y testimonios indican que la información se saturó.

En el estudio participaron profesionales enfermeros con tercer nivel que se encuentran laborando mínimo un año en la UCI y fueron excluidos licenciados de enfermería que laboran en otras áreas, auxiliares de enfermería y médicos.

En base al rigor científico, según Noreña, Alcaraz, Rojas y Rebolledo (2012) cuando los resultados de otras investigaciones se asemejan al actual cumple con el criterio de fiabilidad, convirtiéndola en verídica e indiscutible, donde las contestaciones de los sujetos no dependen del entorno donde se generan.

Para Prado et al. (2013) la implementación de entrevistas y grupos focales en la investigación aseguran el entendimiento de la percepción de la realidad de los sujetos de estudio, garantizando con ello la fidedignidad. La auditabilidad otorga a nuevos investigadores la posibilidad de continuar con el tema o afianzarse al fenómeno, permitiéndoles descubrir resultados afines o diferentes con el empleo de las herramientas utilizadas por el investigador en base a lo examinado. La semejanza del contexto en que se desarrolla el fenómeno de un autor y otro dan cabida a la transferibilidad, donde se proporcionará la posibilidad de transmitir los resultados a un momento, lugar y personas diferentes, percatándose de la similitud que exista de un contexto a otro.

Adicional a ello, los principios éticos según Noreña et al. (2012) el consentimiento informado permite a los sujetos exponer su afinidad a la investigación, aceptando o rechazando su participación. No los considera como mero medio de obtención de información y otorga su valor como personas que han sido informadas sobre el estudio sin que influya en sus respuestas.

Se debe resguardar la identidad de los participantes en el caso de que no deseen reconocimiento, sea de forma anónima, con un distintivo o numeral. La información recolectada también debe ampararse enfatizando el objetivo de su difusión en base a los códigos de ética. En base a las especificaciones del autor se realizó un consentimiento informado (Anexo 2).

Minimizar riesgos, acrecentar bienes científicos y que estos sean proporcionales o mayores a los riesgos es fundamental al tratar con personas. Se debe prevalecer el compromiso del investigador y evitar el deterioro personal o institucional a raíz de su participación asentándose en la bioética (Noreña et al., 2012).

3.3. Técnicas e instrumentos de recogida de datos

Para obtener la información se aplicaron entrevistas semiestructuradas además del grupo focal. Según Prado et al. (2013) la técnica de recolección de datos más relevante en la investigación cualitativa es la entrevista, donde el investigador tiene como principal rol comprender la perspectiva de las vivencias del entrevistado para lo cual deberá desarrollar habilidades y actitudes con la finalidad de establecer vínculos basados en la confianza. En base a lo mencionado, Troncoso y Amaya (2016) definen a la entrevista semiestructurada como una herramienta flexible debido a que las preguntas pueden cambiar e irse adaptando a las respuestas que los entrevistados vayan proporcionando.

Según Hamui y Varela (2013) los grupos focales son espacios en los que se pretende conocer el sentir, las perspectivas y los pensamientos de los participantes del grupo con la finalidad de obtener datos cualitativos. Así mismo, Martínez (2011) define la entrevista de grupo focal como una técnica para la recolección de datos cualitativos mediante una reunión y es focal porque trata un tema específico en un grupo reducido de participantes.

El instrumento que se utilizó fue la guía de entrevista semiestructurada (Anexo 1), esta facilita la organización de la información, permitiéndole a los sujetos del estudio una participación con mayor libertad de expresión, teniendo en cuenta los objetivos del estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

3.4. Técnicas de análisis de datos

Los datos se obtuvieron a través de los testimonios de los participantes, que facilitó la perceptibilidad del profesional de enfermería en el Encarnizamiento Terapéutico en pacientes de Cuidados Intensivos. Se requirió del instrumento en su finalidad, semiestructura y su reconocimiento, así como las orientaciones para la grabación; la entrevista se desarrolló a través de la plataforma zoom, previa capacitación de los participantes, orientándoles al objetivo del estudio.

Se indicó mantener las cámaras abiertas, y se les estipuló el tiempo de 45 minutos, teniendo en cuenta las preguntas norteadoras, luego se realizó transcripción de manera individual de los testimonios, utilizando el programa Microsoft Office Word versión 2016; conservándose el lenguaje EMIC de los sujetos de estudio, se procedió a la lectura y relectura para la interpretación de los testimonios, sobre los textos se aplicó resaltador por colores para la identificación de las categorías y subcategorías, teniendo en cuenta el lenguaje ETIC (Corona y Maldonado, 2018). Para el análisis de los datos se consideró el método de Colaizzi (1978) extracción de los fragmentos significativos, formulación de la interpretación de cada declaración significativa, reagrupando los temas según la convergencia y divergencia, validando los hallazgos para comprender las características generales del fenómeno.

Se procedió a elaborar dos matrices, la primera facilitó el análisis de la codificación colorimétrica y las unidades de significados que emergieron de los testimonios (Anexo 3); la segunda permitió confeccionar las categorías y subcategorías definidas a posteriori (Anexo 4) (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

Para facilitar el trabajo de análisis se añadió la codificación de la información al software de análisis de datos cualitativo ATLASTI versión 2022, misma que permitió procesar, clasificar, organizar, analizar y comparar la información obtenida, dándole significado a los datos y una comprensión en contexto del habla. A consecuencia, se crearon modelos de categorías (6), subcategorías (2) y jerarquías de códigos (18) generada de una previa producción manual, organizada y estructurada a través del software (Anexos 7, 8, 9, 10, 11, 12). Se procedió a la incorporación de las palabras que identificaron más los testimonios y, en consecuencia, se obtuvo una nube de 93 palabras representativas (Anexo 6); de igual forma, se analizó la frecuencia total de las palabras (Anexo 5), evidenciándose una mayor repetición en paciente, familiar, personal, encarnizamiento y terapéutico.

4. RESULTADOS

La investigación destaca los diálogos de los profesionales de enfermería que comparten sus vivencias de trabajo en el día a día. Se realizó lecturas de carácter crítico de todo el material obtenido de las entrevistas, se realizó el recorte de los fragmentos teniendo en cuenta lo convergente y divergente manteniendo el lenguaje EMIC; se procedió a la codificación, ordenamiento de los textos, se agruparon según las unidades de significado permitiendo emerger las siguientes categorías empíricas: 1) Perspectivas de los profesionales de enfermería; se reconocieron dos subcategorías: Apego emocional del profesional y necesidad de la calidad de la atención brindada. 2) Experiencia en el proceso del cuidado. 3) Conocimiento sobre el encarnizamiento terapéutico. 4) Prolongación de la muerte con tratamiento fútil. 5) Vivir dignamente y el derecho al buen morir. 6) Espiritualidad, Dios y resiliencia.

5. DISCUSIÓN

La construcción de la estructura de lo subjetivo e intersubjetivo fue posible debido al análisis profundo de los testimonios de los participantes del estudio, así como su agrupación en categorías temáticas de acuerdo a las semejanzas y diferencias relacionadas con el objeto de estudio. Las principales categorías y subcategorías reconocidas fueron:

Perspectivas de los profesionales de enfermería.

La presente categoría se encuentra relacionada con el primer objetivo analizar las perspectivas de los profesionales de enfermería frente al encarnizamiento terapéutico, en la cual se evidenciaron dos subcategorías como se detallan a continuación:

Apego emocional del profesional

El profesional de enfermería es quien mantiene una visión holística del enfermo, donde el apego emocional con el paciente y la familia permite que se establezca un vínculo afectivo; cabe señalar que, se visibiliza con mayor frecuencia en la atención al paciente pediátrico. Esta realidad analizada, se evidencia en los siguientes testimonios:

“Es doloroso cuando el paciente tiene la misma edad que nuestros hijos (...) nos afecta psicológicamente cuando uno es madre, y nos apegamos mucho más” (P7).

“El tener un paciente durante mucho tiempo hace que nos encariñemos, que vea ese pequeño como su sobrino o su hijo a quienes ya son padres y eso genera también un apego emocional y afectivo que cuando los ve fallecer duele mucho y da tristeza” (P1).

En este sentido, Ruz (2021) afirma que el apego emocional es un componente vigoroso y detonante del proceso de atención en donde convergen principalmente las convicciones familiares y médicas que muchas veces no abordan el neto bienestar del paciente.

Necesidad de calidad en la atención brindada

La necesidad de ser cuidado se sustenta en la expresión del amor, siendo esto un valor agregado que identifica al personal de enfermería, donde el binomio paciente y familia perciben esta dimensión; permitiendo así seguridad y confianza que repercute significativamente en la recuperación de estas personas. Cabe señalar que los profesionales de la salud a pesar de la atención integral brindada al paciente crítico, la familia exige más por el desconocimiento y el

apego que mantiene generando sufrimiento y desgaste emocional en ambos. Son representativos los siguientes testimonios:

“El padre por su deseo de ver a su hijo salir de la UCI, a pesar del pronóstico médico desfavorable; él exige luchar hasta el final y que se le aplique a su hijo una serie de medidas que, aunque puedan causar sufrimiento sienten la esperanza de que van a salir con vida (...) los médicos prolongan los tratamientos para satisfacer y demostrar a los padres que se hizo todo” (P1).

“Es consensuado entre los familiares y el médico que se haga todo lo posible para que su paciente salga (...) pero, en ocasiones es el familiar quien decide el tratamiento en contra de la voluntad del enfermo” (P5).

El amor, el más básico pilar del cuidado desde la visión de Boff (2002, 2004) que impulsa la cooperación, compromiso, solidaridad y benevolencia ante el cuidado brindado entre las personas sustentado por el valor ético; donde el cuidado rebasa toda la vida permitiendo el equilibrio de supervivencia mediante las dimensiones de trascendencia e inmanencia para el éxito en el planeta.

Experiencia en el proceso del cuidado.

Esta categoría responde al segundo objetivo determinar la percepción del enfermero en el proceso del cuidado de pacientes UCI con obstinación terapéutica. En el encarnizamiento terapéutico, los enfermeros desde su experiencia en las unidades de cuidados intensivos, han visibilizado la importancia de identificar las necesidades reales y sentidas del paciente para lograr la satisfacción y el alivio del sufrimiento de este.

A lo largo de la historia, estuvo presente la distansia que adquiere en los últimos periodos una mayor preocupación en el profesional de la salud. Siendo los enfermeros los protagonistas del cuidado, articulando los tres saberes: cognitivo, actitudinal y procedimental; desde el análisis crítico al paradigma tradicional médico positivista que se versa en el conocimiento científico y el parámetro biológico enfocado en la curación, convirtiéndose en una dependencia en nuestro quehacer.

Una revolución científica con cambio paradigmático del modelo biomédico por parte del profesional de enfermería donde la espiritualidad, los sentimientos y la voluntad del paciente se tienen en cuenta, dan una nueva orientación a los servicios de salud en dirección a la promoción de salud y prevención de enfermedades, robusteciendo el proceso del cuidado donde el enfermero brinda acciones independientes, teniendo en cuenta el método científico

del Proceso de Atención de Enfermería. Al respecto Rodríguez, León, Montero, Torres y Salgado (2018) confirman que, el correcto desempeño en la asistencia del cuidado del enfermo no debe ser visto únicamente como un implemento de los programas de salud, sino todo lo contrario, debe ser concebido como una experiencia que dignifique el proceso de salud/enfermedad del paciente y su familia, más aún en áreas críticas donde se prescinde garantizar un trato humanístico que va más allá de lo científico y lo racional dignificando el cuidado brindado del quehacer enfermero. Los enfermeros manifiestan una percepción favorable en consecuencia al bienestar físico y emocional, siendo representativo los siguientes relatos.

“El encarnizamiento es consensuado porque se considera a los familiares y el personal sanitario, donde estos son sinceros en informar el estado del paciente, no se toman decisiones a la ligera por nuestra parte y desconectar al paciente” (P13).

“En algunas ocasiones se toma en cuenta al personal de enfermería y se proporciona el tratamiento hasta donde el paciente lo acepta, si éste ya no tiene posibilidades de recuperarse, se lo deja en manos de Dios” (P14).

Contrariamente a esta postura dos participantes afirmaron categóricamente:

“Los médicos se reúnen y toman todos ellos una decisión y no, como enfermeros no nos permiten participar. Ellos son los que dictan las medidas en realidad, hablando previamente con el familiar” (P11).

“El mantenimiento del paciente en UCI es acordado únicamente entre el doctor y los familiares, donde el facultativo nunca considera las opiniones del personal de enfermería (...) Los médicos se ensañan con los pacientes, sin reflexionar en las circunstancias” (P7).

El legado histórico dado por Kuhn lleva a una visión integradora sustentada en la ciencia revolucionaria en la que la disciplina de enfermería rompe con los pensamientos tradicionales y con el modelo biomédico, estimulando el avance de nuestra profesión desde la perspectiva del acto del cuidado. Se requiere que la enfermería desarrolle un estado paradigmático donde la revolución científica sea posible, cabe señalar que desde la visión de Kuhn acerca de las ciencias no es atribuible a los modos de correspondencia entre la teoría y la práctica de enfermería (Daza y Ladino, 2018).

Conocimiento sobre el encarnizamiento terapéutico.

Este apartado se arraiga al tercer objetivo de la investigación que permite determinar la cognición de los enfermeros de UCI acerca del encarnizamiento terapéutico que se practica en su unidad. Durante las entrevistas se pudo determinar que existe un déficit de conocimientos acerca de la temática evidenciado por los testimonios de los participantes:

“Con tal de dar una muerte digna, se prolonga muchas intervenciones que puedan favorecer al encarnizamiento terapéutico” (P1).

“Es difícil aceptar como enfermeras que los cuidados paliativos que se le está dando a este paciente prolongan el sufrimiento” (P4).

“No conozco el tema de encarnizamiento terapéutico” (P8), (P13) y (P14).

“Así como encarnizamiento terapéutico no conozco, pero sí sé lo que es distanasia y ésta se basa en los principios de bioética donde se incluyen la eutanasia, la distanasia, la beneficencia y la justicia. Que son principios fundamentales que debe reforzar el personal de enfermería en la toma de decisiones” (P10).

Los testimonios exponen que, en Ecuador a pesar de la formación de tercer nivel, contar con diversas titulaciones y profesionales extranjeros; se desconoce la temática o la confunden con eutanasia y ortotanasia. Quienes son conocedores es en base al posgrado y consideran que esta práctica, al no ser regulada, es realizada deliberadamente en muchas de las ocasiones.

El conocimiento sobre encarnizamiento terapéutico es crucial en la práctica asistencial de cuidados intensivos, donde Mendoza (2020) destaca que a pesar de la gran experiencia de los profesionales el 69.44% de enfermeros tienen conocimientos mínimos del tema, un 30.56% lo confunden con diferentes palabras referente a la muerte, 60% atendió la temática durante la maestría o ejerciendo en el área y el 25% considera que es una práctica que debe declinarse por la agonía que genera en todos los implicados.

Prolongación de la muerte con tratamiento fútil.

Esta categoría emerge de los testimonios de los participantes, se evidenció que la prolongación del proceso natural de la muerte aumenta la estadía en la unidad requiriendo recursos terapéuticos y humanos; cabe señalar que el proceso final de la vida en este tipo de pacientes le prolonga la agonía a los que son sometidos a tratamientos fútiles que no les otorga ningún bien. Se develan los siguientes testimonios, que hablan por sí mismos:

“Al final, el resultado por mucho que se esfuerce y sacrifiquen el médico, enfermera y familiar; no se obtendrán respuestas, el paciente se va deteriorando cada vez más en vez de tener una muerte digna” (P10).

“Se prolonga el sufrimiento debido a que el familiar del paciente se apega a la idea de luchar hasta el final, haciendo caso omiso de las recomendaciones del Comité de Ética y de los médicos, quienes intentan hacerles reflexionar que la calidad de vida que le brindarán a su pariente al salir de UCI será deplorable” (P1).

“Los avances tecnológicos han conllevado a que se prolongue la agonía del paciente (...) la electromedicina influye significativamente de forma negativa para que se produzca la distanasia” (P3).

En estos relatos se percibe que, los profesionales de enfermería identifican a la distanasia como un prolongamiento excesivo de la muerte, siendo el dolor, la agonía, el sufrimiento, la incertidumbre; una compañía no deseada. La futilidad médica/familia, no mantiene ni mejora la calidad de vida; el enfermero se adhiere a ellas al estar identificado con la esencia de la profesión “el cuidado” actividad que requiere del valor profesional y personal.

En este contexto Sáiz, Montes y González (2020) definieron la muerte digna como un proceso natural de la vida que debe ocurrir sin someter a la persona a dolores innecesarios y acoplamiento mecánico evitando el sufrimiento, de este modo se respetarán y cumplirán los principios de la bioética. Las autoras también señalan la importancia de diferenciar la dignificación de la muerte de la eutanasia que consiste en acelerar el proceso natural de morir, así mismo manifiestan que es innecesario someter al paciente a procesos que no lo beneficiarán alargando la agonía.

Vivir dignamente y el derecho al buen morir.

La presente categoría surge de las aseveraciones de los participantes donde se superpone que la mejor manera de dar muerte digna a los pacientes, es proporcionando cuidados paliativos y garantizando así una atención integral por parte de los profesionales de enfermería. Asimismo, el enfermero cumple un rol indispensable en cada etapa de la vida de la persona, siendo la muerte una de ellas, y es preciso educar a los familiares para que participen en los cuidados, asegurando el cumplimiento del derecho al buen morir. Los participantes han declarado:

“No nos enseñaron cómo enfrentar la muerte de los pacientes en UCI o como dignificar la misma y es algo doloroso ver a los familiares sufrir mientras el paciente está prolongando su deceso” (P3).

“Yo considero que como enfermeros deberíamos conducir a los cuidados paliativos y garantizar una muerte digna en el paciente, siempre educando a la familia” (P5).

“Como enfermeros profesionales debemos dar esa muerte digna a cada uno de los pacientes, protegiendo a su familia en esta etapa tan dolorosa” (P6).

“No tenemos insumos y personal suficiente para mantener a los pacientes en la fase final de la vida y proporcionarles una muerte digna” (P10).

Arruda y Manchola (2021) aseguran que, se puede garantizar una buena muerte mediante la aplicación de cuidados paliativos siendo necesario que los pacientes conozcan su condición y acepten la misma; con la finalidad de que sean capaces de tomar decisiones propias para respetar su principio de autonomía. Cabe señalar que educar al familiar facilita la toma de decisiones terapéuticas garantizando así el bien morir.

Espiritualidad, Dios y resiliencia.

Las creencias de los familiares trazan un importante camino para la aplicación de la distanasia, favoreciendo el apego al encarnizamiento terapéutico y la negación del proceso natural de la muerte, siendo los profesionales testigos del sufrimiento y la agonía de estos pacientes. La comunicación efectiva se hace imprescindible en la toma de decisiones ya que suele ser difícil aceptar el diagnóstico médico y la conducta a tomar por el estado de irrecuperabilidad, resignándose a la voluntad de Dios con la finalidad de no extender el sufrimiento del mismo. Siendo representativas las siguientes narraciones:

“Cuando nos encontramos frente a un diagnóstico irreversible sólo sedamos al paciente para que se vaya tranquilo con la voluntad de Dios. No apresuramos ni retrasamos el proceso, pese a que los familiares mantienen la esperanza de recibir una noticia alentadora que no llegará” (P12).

“Considero importante ponerse al lado del prójimo, cada vez que ingreso a la UCI siento nervios y oro, porque enfrentarse a la muerte día con día es bastante difícil, más aún cuando se trata de un paciente muy joven” (P14).

Lo anteriormente expuesto coincide con la investigación de Montenegro & Maldonado (2021) en el que se manifiesta que el encarnizamiento terapéutico representa todo lo contrario a brindar una muerte digna, pues el paciente es sometido a un sufrimiento innecesario, la distanasia es causada por varios factores como el avance en las tecnologías y ciencias médicas, la preparación del personal de salud, las diferentes creencias religiosas y las decisiones que

tome la familia misma que se apega muchas veces al encarnizamiento terapéutico, rehusándose a aceptar el estado real de su familiar.

6. CONCLUSIONES

Conclusiones:

El estudio desarrollado permitió analizar las perspectivas de los profesionales de enfermería frente al encarnizamiento terapéutico. La primera categoría devela la calidad de la atención brindada, así como el apego emocional del profesional sanitario, mostrando cualidades del profesional durante el acompañamiento al paciente en esta etapa difícil de la vida, siendo necesario la identificación de los sentimientos y su desvinculación de los mismos con sus competencias laborales para garantizar el más alto nivel de calidad de atención sin recaer en la prolongación del sufrimiento.

La segunda categoría expone la labor de enfermería, misma que se rige a las indicaciones médicas sin contar en la mayoría de ocasiones con una postura permanente donde el enfermero delibere junto al médico, paciente/familia; la situación, cuidados y evolución del enfermo, generándose de esta forma el encarnizamiento terapéutico sin estar conscientes de lo que implica aquello. Se reconoce en sentido desfavorable el no tener en cuenta la opinión del enfermero, siendo éste un ente esencial de la atención, implicado en su totalidad en el cuidado, protección y defensoría de los derechos de los pacientes para que cursen su muerte con dignidad.

La tercera categoría comprende aspectos del saber cognitivo del profesional de enfermería sobre el proceso del cuidado, destacándose la identificación de las necesidades del paciente, teniendo en cuenta la formación de este profesional con la finalidad de adquirir habilidades actitudinales y procedimentales en relación con el encarnizamiento terapéutico. Cabe señalar que uno de los aspectos significativos en los testimonios de los participantes es el desconocimiento conceptual sobre bioética, distanasia, eutanasia y ortotanasia; siendo esto una responsabilidad propia de la auto preparación y consiguientemente de las Instituciones de Salud donde laboran, para generar cambios paradigmáticos que pasen del modelo biomédico al modelo biopsicosocial.

La sexta categoría comprende un abanico sobre los aspectos de espiritualidad, Dios y resiliencia; destacándose la capacidad que poseen los seres humanos de superponerse a los problemas y poder encontrar una salida, hace que este se motive ante un nuevo despertar satisfaciendo así las necesidades para un bienestar espiritual, siendo este un factor

imprescindible desde la mirada recipiente. La articulación de la espiritualidad y resiliencia se hace necesaria, principalmente en los profesionales de la salud que brindan cuidados al paciente en fase terminal para, potencializar la capacidad de afrontamiento centrada en la dimensión emocional y en el problema causal; favoreciendo el bienestar biopsicosocial del paciente/familiar/enfermero.

Recomendaciones:

En cuanto a las recomendaciones, se invita a la comunidad científica a realizar estudios de enfoque cualitativo, que incluyan el tema de encarnizamiento terapéutico y el impacto económico que éste fenómeno genera en la familia e incluso el Sistema de Salud Pública.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Águila, N., Bravo, E., Montenegro, T., Herrera, L., Duany, L., & Rodríguez, Y. (2020). Retos actuales de la profesión de enfermería: un enfoque ético y bioético. *MediSur*, 2(18), 244-255. Recuperado el 24 de 03 de 2022, de <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v18n2/1727-897X-ms-18-02-244.pdf>
- Álvarez M. & Soria M. (2019). Determinación de Distanasia mediante la valoración de futilidad y la relación con el conocimiento del personal médico en dos Unidades de Cuidados Intensivos de la ciudad de Quito entre julio 2018 a mayo 2019. Recuperado de: <http://201.159.222.35/bitstream/handle/22000/16827/Tesis%20Distanasia%20Septiembre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Arruda, M., & Manchola, C. (2021). Bioética, cuidados paliativos y liberación. *Revista Bioética*, 29(2), 268-278. doi:<https://doi.org/10.1590/1983-80422021292464>
- Arturo, L., Cárdenas, V., Cifuentes, A., et. Al. (2017). Comisión Nacional de Bioética en Salud - Ecuador, 2017. Cátedra Unesco Ética y Sociedad en la Educación Superior, Universidad Técnica Particular de Loja. Recuperado de: <http://unescoeticayeducacion.utpl.edu.ec/sites/default/files/Libro%20Criterio%20Bio%C3%A9ticos.pdf>
- Asamblea Nacional Constituyente. (2008). Constitución de la República del Ecuador. Recuperado de: https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-delEcuador_act_ene-2021.pdf
- Benner, P., Stuphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2008). *Formación y Comportamiento Ético Cotidiano* (Vol. 17). American journal of critical care.
- Boff, L. (2002). *Saber Cuidar: Ética do humano - compaixão pela terra*. Petrópolis RJ. Vozes.
- Boff, L. (2004). *Saber cuidar- ética humana compasión por la tierra*. Brasil.Río de Janeiro, Petropoliz voces.
- Castaño García, C. A., Peña Pachecho, D. P., & Rivera Gómez, M. V. (2021). Adecuación del esfuerzo terapéutico al final de la vida. Recuperado de: https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/5376/42689390_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Cruz, O. A. C., Pacheco, H. L. H., Savoff, R. A. N., & Wood, S. W. B. (2019). Dilemas éticos en la práctica clínica en las unidades de cuidados intensivos y paros cardiorrespiratorios. *Revista Médica Hondureña*, 87(1), 33-37. Recuperado de: <https://lamjol.info/index.php/RMH/article/view/11936>
- Colaizzi, P. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. . En R. Valle, & M. (. King. New York: Oxford University Press. Obtenido de <https://philpapers.org/rec/COLPRA-5>
- Collado, C., Hermosilla, J., Leiva, M., Ramírez, S., Rosas, D., & Verdugo, V. (2019). PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE SU ROL EN LA VOLUNTAD ANTICIPADA. *Revista Chilena de enfermería*. Recuperado el 23 de 03 de 2022, de <https://lajtp.uchile.cl/index.php/RCHE/article/view/55417/58366>
- Corona, J y Maldonado, J. (2018). Investigación Cualitativa: Enfoque Emic-Etic. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. 37 (4): 1-4. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S08643002018000400022&script=sci_arttext&tlng=en
- da Silva, L., Hubbe, E., & Dadalto, L. (2021). Obstinación terapéutica: cuando la intervención médica hiere la dignidad humana. *Revista bioetica*, 798-805. Recuperado el 23 de 03 de 2022, de <https://www.scielo.br/j/bioet/a/MhRpfFPjTYZMgjcVsfYM9gC/?format=pdf&lang=es>
- Daza, L.A., & Ladino, L.E.. (2018). Enfermería: ¿Ciencia Normal o Ciencia Revolucionaria?. *Enfermería universitaria*, 15(2), 184-198. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.2.65175>
- do Prado, M., de Souza, M., Monticelli, M., Cometto, M., & Gómez, P. (2013). *Investigacion cualitativa en enfermería metodología y didactica*. Washington DC: Serie PALTEX Salud y Sociedad. Recuperado el 17 de 03 de 2022, de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51587/9789275318171_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Gualán Guajala, G. F., Elizalde Ordoñez, H., Peláez Abad, M. A., & Torres Luzón, D. T. (2019). Conocimiento y diferenciación de eutanasia, ortotanasia y distanasia en la práctica asistencial de Enfermería en pacientes terminales. *Ocronos*. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Gabriela-Gualan/publication/351846760_Knowledge_and_differentiation_of_euthanasia_orth

[otanasia_and_distanasia_in_the_practice_of_nursing_care_in_terminal_patients/links/60ad02bf92851c168e3d5c69/Knowledge-and-different](https://doi.org/10.1111/ter.12214)

- Gutierrez, C. (2020). ¿Qué es el encarnizamiento terapéutico? *Scielo*, 121-122. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140500992016000300121&lng=es&tlng=es
- Hamui, A., & Varela, M. (2013). La técnica de grupos focales. *Investigación en educación médica*, 5(2), 55-60. Recuperado el 17 de 03 de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S20075057201300010009&lng=es&tlng=es
- Hanna, V. (2021). Obstinación terapéutica y su límite con la ética: ¿cuándo detenerse? *Revista Chilena de Anestesia*, 252-268. doi:10.25237/revchilanestv50n01-15
- Hernández, S; Fernández, C & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (Vol. 6, pp. 1- 600), México, McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Martínez-Villalba, J. C. R. (2018). Eutanasia y distanasia: dos extremos opuestos. *Memorias y Boletines de la Universidad del Azuay*, 74-89. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/6002/600263450004/>
- Martínez, C. (2011). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 613-618. Recuperado el 17 de 03 de 2022, de <https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n3/613-619/es>
- Martínez, N. (2011). Reseña metodológica sobre los. *DIÁ-LOGOS (SAN SALVADOR)*, 47-53. doi: <http://www.redicces.org.sv/jspui/bitstream/10972/2063/1/4.%20Resena%20metodologica%20sobre%20los%20grupos%20focales.pdf>
- Mejía, R. (2019). Experiencia y formación académica profesional de la enfermera intensivista y la actitud ética frente al paciente crítico irreversible. Recuperado el 24 de 03 de 2022, de <https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/15846/2E%20635.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mendoza Davila, N. Y. (2020). Estudio de la distanasia desde la percepción del personal médico y de enfermería de los servicios de emergencia y cuidados intensivos del hospital III Yanahuara de EsSalud. Arequipa–2018. Recuperado de: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/20.500.12773/12214>

- Montenegro, C., & Maldonado, F. (2021). Adecuación del esfuerzo terapéutico orientado hacia un buen morir. *Metro Ciencia*, 29(4), 9-15. Recuperado el 11 de 07 de 2022, de <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol29/4/2021/9-15>
- Noreña A., Alcaraz N., Rojas J. y Rebolledo D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263-274. Retrieved March 23, 2022. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000300006&lng=en&tlng=es
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol*, 35(1), 227-232. Recuperado el 17 de 03 de 2022, de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Pabón L. (2020). El derecho a la muerte digna y el ordenamiento jurídico ecuatoriano (Bachelor's thesis, Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales, Carrera de Derecho). Recuperado de: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/30773/1/FJCS-DE-1130.pdf>
- Rodríguez, N., León, I., Montero, G., Magali, M., & Salgado, G. (2018). Cuidados paliativos en personal de enfermería. *Multimed. Revista Médica. Granma*, 22(1), 91-103. Recuperado el 06 de 08 de 2022, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2018/mul181h.pdf>
- Roig Castro, I., Santos Fonseca, R. S., Ferrer Magadan, C. E., Méndez Jimenez, O., & Casado Méndez, P. R. (2020). PERCEPCIÓN FAMILIAR DE ENFERMOS TERMINALES SOBRE LA DISTANASIA Y ORTOTANASIA EN LA ATENCION PRIMARIA. *Ciencias basicas biomedicas Cibamanz*. Obtenido de <http://www.cibamanz2020.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2020/paper/viewFile/184/120>
- Ruz, V. H. (2021). Obstinación terapéutica y su límite con la ética: ¿cuándo detenerse? *Rev Chil Anest*, 50, 252-268. Recuperado de: https://thaddeuspope.com/images/Ruz_-_Rev_Chil_Anest_2021_FUT_policy.pdf
- Sáiz Cano, V., Montes Alonso, M., & González García, A. (2020). UNA MUERTE DIGNA. REVISIÓN BILIOGRÁFICA. Recuperado de: <https://congresosfnn.com/wp-content/uploads/2020/04/iii-final-de-la-vida/iii-fvida-comunicacion-escrita/UNAMUERTEDIGNA.pdf>
- Sagrera L. (2019). Aplicación de tratamientos médicos fútiles en las unidades de cuidados intensivos ¿Cómo se percibe? Recuperado de:

https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/150221/Sagrera_Ramirez_Lucia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Secretaría Nacional de Planificación. (2021). Plan de creación de oportunidades 2021-2025. Obtenido de <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Plan-de-Creacio%CC%81n-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado.pdf>
- Troncoso, C., & Amaya, A. (2016). Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Revista de la Facultad de Medicina*, 329-332. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.60235>
- Vera, O. (2019). La adecuación del esfuerzo terapéutico en medicina crítica y terapia intensiva. *Revista Médica La Paz*, 78-90. Recuperado el 22 de 03 de 2022, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582019000200012&script=sci_arttext
- Watson, J., O'Grady, T., Horton, S., & Malloch, K. (2018). Quantum caring leadership: Integrating quantum leadership with caring science. *Nursing science quarterly*, 31(3), 253-258. doi: 10.1177/0894318418774893

8. ANEXOS

Anexo 1. Guía de entrevista semiestructurada

Instrumentos de recolección de datos

Encarnizamiento terapéutico en pacientes de cuidados intensivos: justo/innecesario: visibilidad del profesional de enfermería

. Introducción

Un cordial saludo, gratificamos su presencia y voluntad en la presente sesión virtual, la misma tiene como finalidad de recolectar información sobre las vivencias del personal de enfermería que labora en UCI acerca de su desempeño en el encarnizamiento terapéutico, mismo que alarga la estancia y agonía de los pacientes. Cabe recalcar que los datos proporcionados por su persona, mantendrán reservados a través del anonimato. Agradeciéndoles de antemano su gentil colaboración.

II. Datos generales

a) Nombres completos

b) Edad _____ años cumplidos.

c) Sexo F () M ()

d) Estado Civil Soltera/o () Casada () Unión libre ()

e) Formación académica Licenciado () Magister () PhD () Especialista ()

f) Institución/nivel de complejidad donde labora:

Cargo _____ y tiempo _____ de desempeño:

II. Datos específicos: Preguntas generadoras del instrumento

Tras informar a los participantes sobre la temática a tratar, se enuncia una primera pregunta ¿Los profesionales de enfermería conocen el término de encarnizamiento terapéutico?, de ser así, ¿Cuáles son las consideraciones de los enfermeros frente al fenómeno?

La segunda ¿Es deliberada o consensuada la aplicación del encarnizamiento terapéutico en conjunto con la familia, personal médico y enfermero?

La tercera ¿Cuándo es aplicado el encarnizamiento terapéutico, su unidad de trabajo cuenta con las medidas necesarias para favorecer el mismo?

III. Cierre de la sesión

Se les agradece el tiempo brindado en este encuentro virtual, recordándoles que la información entregada es confidencial.

Muchas gracias.

Anexo 2. Consentimiento informado

Al estar desarrollando el proyecto investigativo titulado: “ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES DE CUIDADOS INTENSIVOS: JUSTO/INNECESARIO. VISIBILIDAD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA”, después de habersele explicado en qué consiste el procedimiento a realizar, proporciono mi autorización a los investigadores de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo para realizar la entrevista, misma que será grabada a través del sistema Panasonic VAC, filmado y fotografiado, asegurándose que la información proporcionada se le dará estricta confidencialidad y que será utilizada rigurosamente con fines de la investigación.

A continuación, debe firmar su aceptación:

Nombres y Apellidos: _____ **C.I:** _____

Firma: _____

CI: del Investigador. _____ **Firma del investigador.** _____

Anexo 3.

Tabla 1.
Matriz de análisis: codificación y significado

NUMERO DE CODIGO	COLOR	SIGNIFICADO
C1	Gris	Apego emocional del profesional
C2	Turquesa	Cuidados paliativos
C3	Fucsia	Experiencia del profesional de enfermería en cuanto al cuidado brindado en la UCI*
C5	Rojo	Estadía en la unidad
C6	Azul	Paciente que sabemos que tiene muy pocas posibilidades de salir
C7	Oro claro	Encarnizamiento terapéutico: Prolongación del proceso de la muerte de una persona con tratamientos fútiles
C8	Azul claro	Proceso de morir
C9	Verde claro	Medias utilizadas por los recursos humanos
C10	Azul grisáceo claro	Necesidad de calidad en la atención brindada
C11	Azul oscuro	Unidades de cuidados intensivos
C12	Verde	Falencia en la formación del profesional de enfermería
C13	Oro claro 80%	Muerte digna
C14	Azul claro 80%	La familia y el sufrimiento frente al encarnizamiento terapéutico
C15	Azul grisáceo	Sufrimiento del profesional de enfermería en los grupos etarios
C16	Anaranjado claro 80%	Valores humanos
C17	Anaranjado oscuro	Participación del profesional de salud y la familia en la distansia
C18	Rojo oscuro	Voluntad de Dios

Fuente. Elaborado por Alisson Muñoz y Priscila Herrera

**Nota: UCI: Unidad de Cuidados Intensivos*

Anexo 4.

Tabla 2.

Segunda matriz de análisis: Categorías y subcategorías definidas a posteriori

Perspectivas de los profesionales de enfermería	El apego emocional del enfermero-familia
	Necesidad de calidad en la atención brindada
Experiencia en el proceso del cuidado	
Conocimiento sobre el encarnizamiento terapéutico	
Prolongación de la muerte con tratamiento fútil	
Vivir dignamente y el derecho al buen morir	
Espiritualidad, Dios y Resiliencia	

Fuente. Elaborado por Alisson Muñoz y Priscila Herrera

Anexo 5.

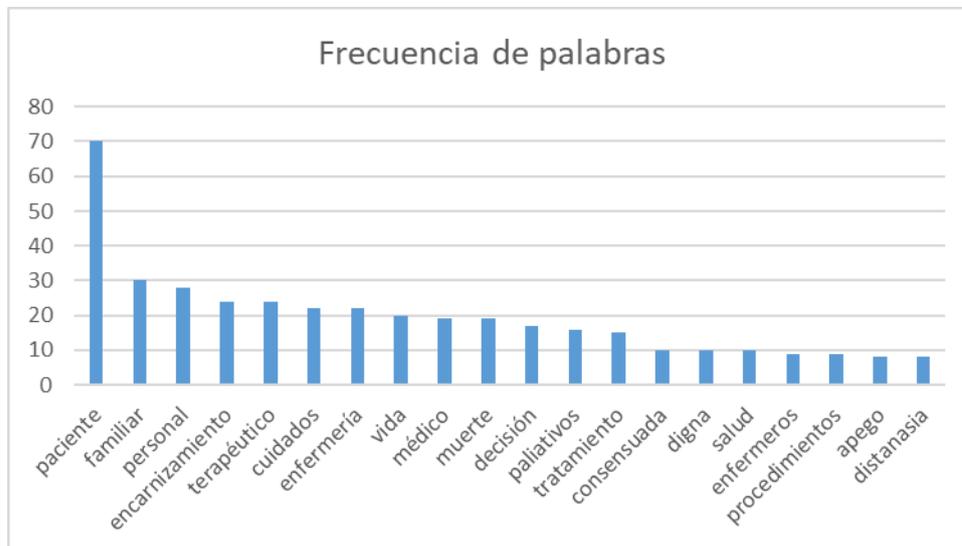


Figura 1. Periodicidad de palabras en los discursos. Atlas. Ti versión 2022

Anexo 8.



Figura 4. Categoría 2: Experiencia en el proceso del cuidado. Atlas ti versión 2022.

Anexo 9.

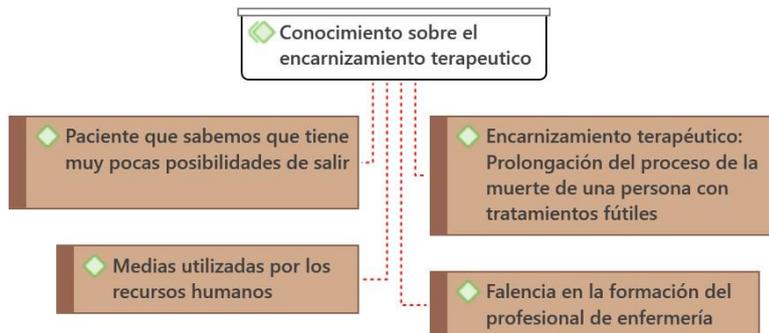


Figura 5. Categoría 3: Conocimiento sobre el encarnizamiento terapéutico. Atlas ti versión 2022.

Anexo 10.

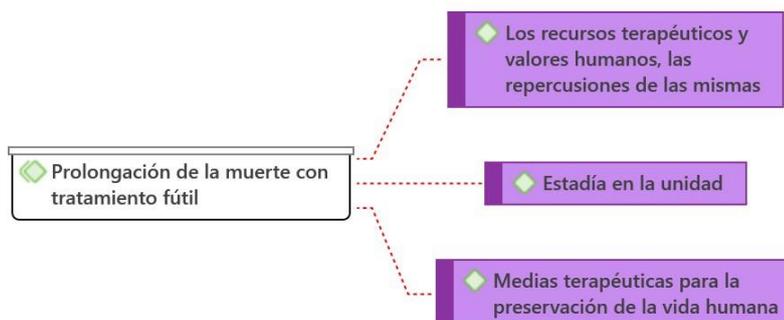


Figura 6. Categoría 4: Prolongación de la muerte con tratamiento fútil. Atlas ti versión 2022

Anexo 11.



Figura 7. Categoría 5: Vivir dignamente y el derecho al buen morir. Atlas ti versión 2022

Anexo 12.



Figura 8. Categoría 6: Espiritualidad, Dios y resiliencia. Atlas ti versión 2022