ARTICLE / INVESTIGACIÓN

Encarnizamiento terapéutico en pacientes de cuidados intensivos: justo o innecesario. Visibilidad del profesional de enfermería

Therapeutic embodiment in intensive care patients: fair or unnecessary. Visibility of the Nursing Professional

Priscila Jaqueline Herrera Sánchez[1], Alisson Patricia Muñoz Guanga[1], Maricelys Jimenez Barrera[1], Mariela Lizeth Ortiz Vega[2] and Jonathan Alexis López Andrade[2]

DOI. 10.21931/RB/2023.08.03.2

[1] Pontificia Universidad Catolica del Ecuador sede Santo Domingo, Escuela de enfermería, Santo Domingo de los Tsachilas, Ecuador.
[2] Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Santo Domingo, Santo Domingo de los Tsachilas, Ecuador.
Corresponding author: pjherreras@pucesd.edu.ec

Resumen: Analizar las perspectivas de los profesionales de enfermería sobre el encarcelamiento terapéutico. Método: El enfoque fue cualitativo descriptivo con un diseño fenomenológico. Participaron 14 profesionales de enfermería con un muestreo no probabilístico por conveniencia con saturación de categorías. Como técnicas de recogida de datos se utilizaron la entrevista semiestructurada y el grupo focal. Para el análisis de los datos se utilizó el método de Colaizzi. Resultados: Surgieron seis categorías: perspectivas de los profesionales de enfermería, experiencia en el proceso de atención, conocimiento sobre encarnizamiento terapéutico, prolongación de la muerte con tratamiento fútil, vivir con dignidad y derecho a un buen morir, espiritualidad, Dios y resiliencia. Conclusiones: Se puede indicar que los profesionales perciben desfavorablemente que su opinión no sea valorada, generando un ambiente de trabajo poco saludable y revelando la cruda realidad en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI); donde el desconocimiento conceptual sobre bioética, distanasia, eutanasia y ortotanasia es responsabilidad de la autopreparación y de las Instituciones Sanitarias donde trabajan. Además, la distanasia se forja con la concepción holística de que Dios es la única entidad suprema que concede y retira la vida a los seres.

Palabras clave: Resiliencia, muerte, tratamiento.

Abstract: To analyze the perspectives of nursing professionals regarding therapeutic incarceration. Method: The approach was qualitative descriptive with a phenomenological design. Fourteen nursing professionals participated with a non-probabilistic sampling by convenience with category saturation. A 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 a good end, spirituality, God and resilience. Conclusion: It can be indicated that professionals perceive unfavorably that their opinion is not valued, generating an unhealthy work environment and revealing the harsh reality in Intensive Care Units (ICU). Conceptual ignorance about bioethics, dysthanasia, euthanasia and orthothanasia is a responsibility of self-preparation and of the Health Institutions where they work. In addition, dysthanasia is forged with the holistic conception that God is the only supreme entity that grants and withdraws life from beings.

Key words: Resilience, death, treatment.

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[1].

En este sentido, el protagonismo del enfermero 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. 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[2].

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

Citation: Herrera Sánchez P J , Muñoz Guanga A P , Barrera M J , Ortiz Vega M L and López Andrade J A. Encarnizamiento terapéutico en pacientes de cuidados intensivos: justo o innecesario. Visibilidad del profesional de enfermería. Revis Bionatura 2023;8 (3) 2. http://dx.doi.org/10.21931/RB/2023.08.03.2

Received: 28 May 2023 / **Accepted:** 15 July 2023 / **Published:** 15 September 2023

Publisher's Note: Bionatura stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Copyright: © 2022 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

pacientes. En estas realidades la formación bioética del profesional de la salud influye negativamente por la insuficiente preparación sobre el tema[3].

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[4].

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, don+de 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[5].

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[6].

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.

Lo mencionado anteriormente sirvió de motivación para plantear la siguiente interrogante: ¿Cómo influye la formación continua en la perspectiva y percepción de los profesionales de enfermería sobre el encarnizamiento terapéutico en pacientes de UCI, y la cognición que tienen los enfermeros acerca de esta práctica en su unidad? 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.

Materiales y métodos

E La presente investigación fue de enfoque cualitativo, 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. 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[12].

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.

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 acepten libre y voluntariamente formar parte del estudio, conformando una muestra de 14 participantes para la saturación de unidades de significado.

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.

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

Para obtener la información se aplicaron entrevistas semiestructuradas además del grupo focal. 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 debe desarrollar habilidades y actitudes con la finalidad de establecer vínculos basados en la confianza[7]. 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[8].

Para la recolección de datos se utilizaron grupos focales mediante la plataforma zoom y de manera presencial

en la unidad de trabajo de los profesionales esto permitió conocer el sentir, las perspectivas y los pensamientos de los mismos.

El instrumento que se utilizó fue la guía de entrevista semiestructurada, 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[9]. La entrevista fue validada mediante la realización de una prueba piloto misma que constaba de 3 preguntas norteadoras que emergieron de los objetivos planteados para la investigación.

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, donde se requirió del instrumento antes mencionado, su reconocimiento, así como las orientaciones para la grabación y 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[10]. Para el análisis de los datos se consideró el método de Colaizzi 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[11].

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; la segunda permitió confeccionar las categorías y subcategorías definidas a posteriori[9].

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 (17) generada de una previa producción manual, organizada y estructurada a través del software (Figura 1, 2, 3, 4, 5, 6).

En la presente investigación se aplicaron principios éticos fundamentales que garantizaron la integridad y el bienestar de los participantes. En primer lugar, se respetó el principio de autonomía, asegurando que los enfermeros/as participen de forma voluntaria; además, se aplicó el principio de beneficencia, con la finalidad de maximizar los beneficios para los mismos y asegurando que la investigación tenga un impacto positivo en la práctica de enfermería en las UCIs en las que laboran. En cuanto al principio de no maleficencia, se procuró evitar cualquier daño físico o psicológico a los entrevistados adoptando medidas de confidencialidad y por último, se resguardó el principio de justicia, al seleccionarlos equitativamente sin incurrir en cualquier forma de discriminación.

Adicionalmente, el estudio se fundamentó bajo rigor científico que respalda la fiabilidad de las fuentes de información indagadas mismas que detallan resultados que se asemejan a los obtenidos en la presente investigación, dotándola de veracidad.

Resultados

La investigación destaca los diálogos de los profesionales de enfermería que comparten sus vivencias de trabajo en el día a día. Se realizaron 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, Tabla 1.

Posteriormente se ordenó los textos, se agruparon según las unidades de significado permitiendo emerger las siguientes categorías empíricas, Figuras (1-6).

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 con 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).

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[12].

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

Número de código	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*
C4	Rojo	Estadía en la unidad
C5	Azul	Paciente que sabemos que tiene muy pocas posibilidades de salir
C6	Oro claro	Encarnizamiento terapéutico: Prolongación del proceso de la muerte de una persona con tratamientos fútiles
C7	Azul claro	Proceso de morir
C8	Verde claro	Medias utilizadas por los recursos humanos
C9	Azul grisáceo claro	Necesidad de calidad en la atención brindada
C10	Azul oscuro	Unidades de cuidados intensivos
C11	Verde	Falencia en la formación del profesional de enfermería
C12	Oro claro 80%	Muerte digna
C13	Azul claro 80%	La familia y el sufrimiento frente al encarnizamiento terapéutico
C14	Azul grisáceo	Sufrimiento del profesional de enfermería en los grupos etarios
C15	Anaranjado claro 80%	Valores humanos
C16	Anaranjado oscuro	Participación del profesional de salud y la familia en la distanasia
C17	Rojo oscuro	Voluntad de Dios

[1] Elaborado por Alisson Muñoz y Priscila Herrera

Tabla 1. Matriz de análisis: codificación y significado.

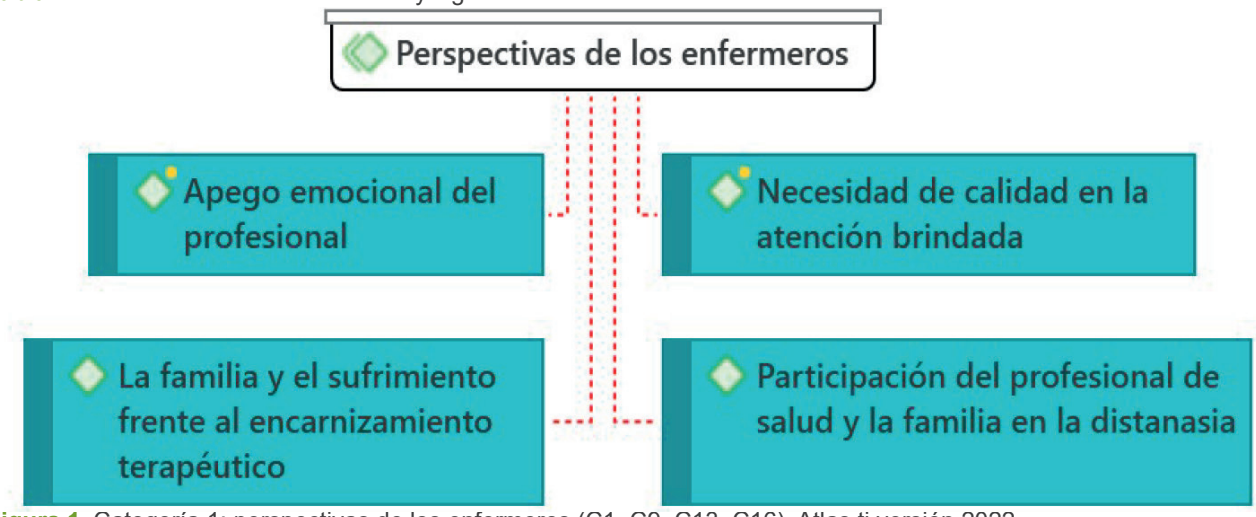

Figura 1. Categoría 1: perspectivas de los enfermeros (C1, C9, C13, C16). Atlas ti versión 2022.

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 H[LJH OXFKDU KDVWD HO ¿QDO \ TX[[operación, compromiso, solidaridad y benevolencia] ante 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 que impulsa la [oVHUYDU, DSUHQGHU, compromiso, solidaridad y benevolencia] en 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[13-14].

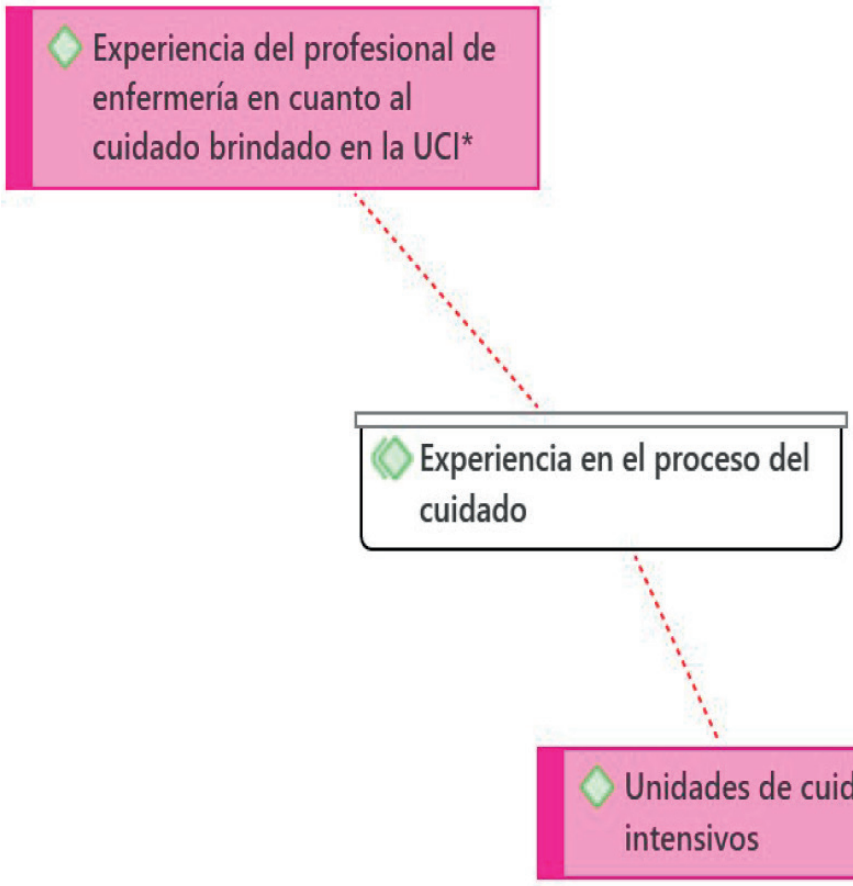

Figura 2. Categoría 2: Experiencia en el proceso del cuidado (C3, C10). Atlas ti versión 2022.

Figura 3. Categoría 3: Conocimiento sobre el encarnizamiento terapéutico (C5, C6, C8, C11). Atlas ti versión 2022.

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 distanasia 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

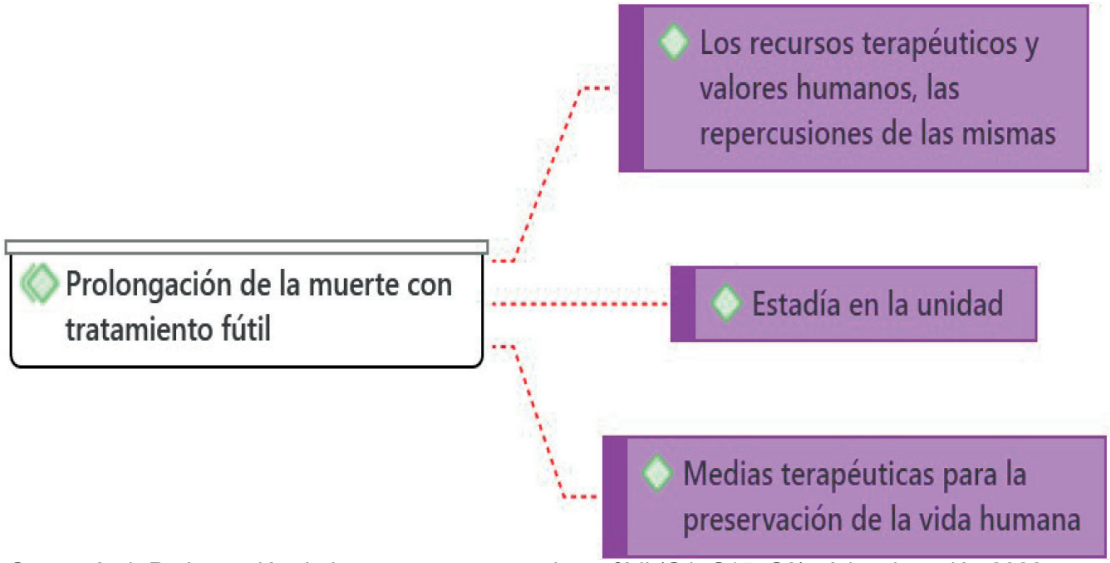

Figura 4. Categoría 4: Prolongación de la muerte con tratamiento fútil (C4, C15, C8) . Atlas ti versión 2022.

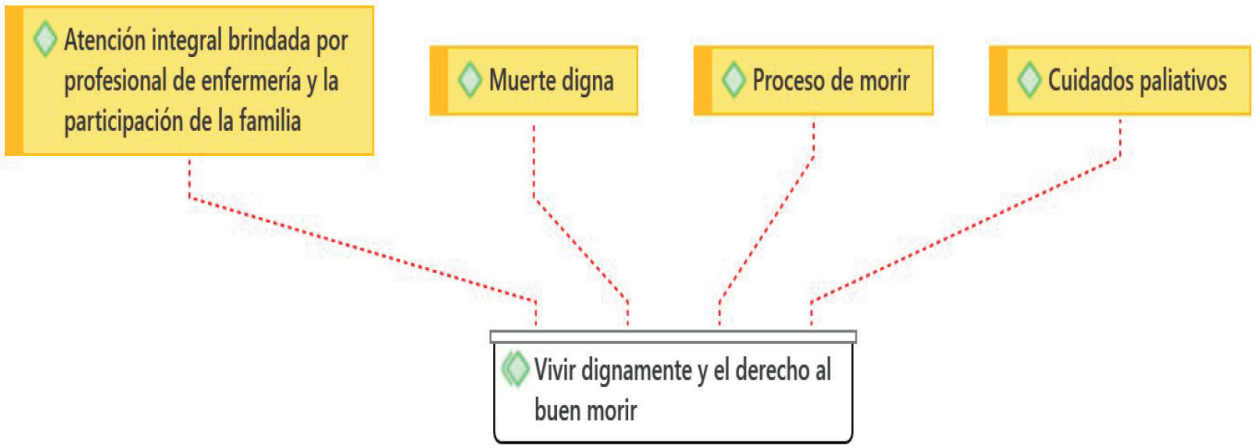

Figura 5. Categoría 5: Vivir dignamente y el derecho al buen morir (C16, C12, C7, C2). Atlas ti versión 2022.

del cuidado donde el enfermero brinda acciones independientes, teniendo en cuenta el método científico del Proceso de Atención de Enfermería. 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[15]. / R V H Q I H U P H U R V P D Q L I L H V W D Q X Q D 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 P p G L F R V V H H Q V D x D Q F R Q O R V S D F L H Q W H 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 E s t a d H v W D G L x Q D 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[16].

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

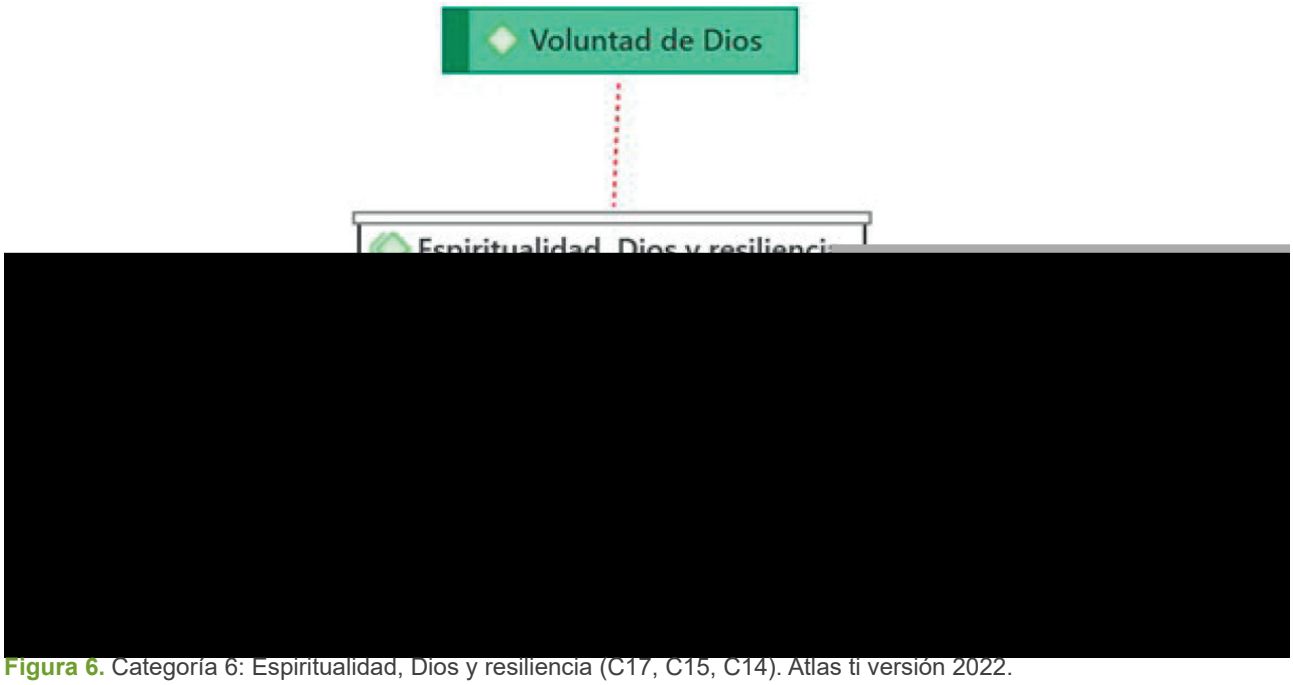

Figura 6. Categoría 6: Espiritualidad, Dios y resiliencia (C17, C15, C14). Atlas ti versión 2022.

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 EHQH¿FHQFLD \ OD MXVWLFLD 4XH VHDQ VLPLODUHV (P3). 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, 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[4].

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: $O ¿QDO HO UHVXOWDGR SRU PXFKR TXH VH dico, 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 KDVWD HO ¿QDO KDFLHQGR FDVR- nes del Comité de Ética y de los médicos, quienes intentan KDFHUOHV UHÀH[LRQDU TXH OD F-

rán a su pariente al salir de UCI será deplorable (P1). Los avances tecnológicos han conllevado a que se prolongue OD DJRQtD GHO SDFLHQWH « OD HOHFWU QL¿FDWLYDPHQWH GH IRUPD QHJDWLYD SD vida (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.

La muerte digna es 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[17].

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 que no les enseñaron cómo enfrentar la muerte de los pacientes en UCI o como GLJQL¿FDU OD PLVPD \ HV DOJR GRORURV sufrir mientras el paciente está prolongando su deceso (P3). Yo considero que como enfermeros deberíamos conducir a RV cuidados paliativos y garantizar una muerte digna en el paciente, siempre educando a la familia (P5). Como enfermeros profesionales debemos dar una muerte digna a