

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
ESCUELA DE POSTGRADO



**ACTUAR DE LA ENFERMERA ANTE CONFLICTOS
ÉTICOS EN EL FINAL DE LA VIDA POR USO
INDISCRIMINADO DE TECNOLOGÍA**

Autor:

Lic. LIDIA MARIELA CASTRO LIMO

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO EN ENFERMERÍA**

**Chiclayo, Perú
2017**

**ACTUAR DE LA ENFERMERA ANTE CONFLICTOS ÉTICOS
EN EL FINAL DE LA VIDA POR USO INDISCRIMINADO
DE TECNOLOGÍA**

POR:

Lic. LIDIA MARIELA CASTRO LIMO

Tesis presentada a la Escuela de Postgrado de la Universidad
Católica Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Grado
Académico de **MAESTRO EN ENFERMERÍA**

APROBADO POR:

Dra. Rosa Jeuna Díaz Manchay
Presidenta de Jurado

Mtra. Francisca Constantino Facundo
Secretaria de Jurado

Mtra. Mary Susan Carrasco Navarrete
Vocal de Jurado / Asesora

Chiclayo, 2018

ÍNDICE

DEDICATORIA	04
AGRADECIMIENTO	05
RESUMEN	06
ABSTRACT	07
INTRODUCCIÓN	08
CAPÍTULO I: MARCO TEORICO CONCEPTUAL	17
1.1 ANTECEDENTES	17
1.2 BASES TEÓRICO - CONCEPTUALES:	19
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO	26
2.1 Tipo de investigación:	26
2.2 Abordaje metodológico:	26
2.3 Sujetos de la Investigación:	29
2.4 Escenario	30
2.5 Instrumentos de recolección de datos	31
2.6 Procedimiento:	31
2.7 Análisis de los datos:	33
2.8 Criterios éticos:	34
2.9 Criterios de rigor científico:	35
CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	37
CONSIDERACIONES FINALES	50
RECOMENDACIONES	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS	58

DEDICATORIA

A mis padres: Domingo y Eleuteria, y hermanos: Jorge, José, y Clotilde, por su expreso amor, por ser las columnas principales de mi formación, por los valores inculcados, porque me enseñaron a valorar el esfuerzo, y ser tolerantes con los demás, lo cual me permite continuar indomable, en el esfuerzo de ser una persona íntegra, preparada para defender y respetar la vida.

A Cesar, mi esposo, por acompañarme siempre en el camino de la vida, por hacerme sentir eternamente su presencia; aunque esté ausente, lo guardo siempre en mi corazón.

A mis hijos: Julio y Kattia, dedico este esfuerzo, retribuyendo el amor que a diario me muestran, apoyándome y comprendiendo mis malos momentos, pero respondiendo en unidad para resolver los problemas que hemos debido afrontar,

A Naiara y Lyan Que llegaron a mi vida para llenarla de alegría, felicidad y dicha, por sus dulces sonrisas que me dan las fuerzas para seguir adelante con ímpetu.

MARIELLA

AGRADECIMIENTO

A DIOS: Su infinito Amor y Protección, han sido mis eternos aliados, en los momentos difíciles que me tocó afrontar, fortalecida en mi Fe y con Su sabia Guía, Le presento el fruto de mi esfuerzo y su amor. **GRACIAS**, por acompañarme siempre y darme la fuerza, protección y seguridad que necesito.

A la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Programa de Post grado, que me han permitido adquirir los conocimientos necesarios que aunados a la experiencia me permitirán aplicarlos en bien de la vida y la salud de las personas.

Agradezco de manera muy especial a la Mgrt. MARY SUSAN CARRASCO NAVARRETE, amiga ejemplar, quien con su dedicación y afecto, me supo guiar con acierto, en el desarrollo y culminación de este trabajo, experiencia que a su lado se hizo más satisfactoria.

Agradezco de manera muy especial a mi dilecto jurado: Dra. Rosa Díaz Manchay y Mgrt. Francisca Constantino Facundo, por sus oportunos y significativos aportes, que favorecieron la calidad de esta investigación, Así mismo a todas mis colegas y amigas, que con sus importantes testimonios, me dieron las herramientas fundamentales para argumentar esta investigación.

MARIELLA

RESUMEN

En los últimos años, los avances tecnológicos han revolucionado el cuidado del paciente crítico; en la etapa final de la vida, la tecnología y técnicas de reanimación para mantener la vida, han ocasionado algunas veces, en los profesionales de la salud, conflictos éticos que se activan cuando hay que elegir soluciones que pueden ser contradictorias, pero necesarias; esta situación motivo la investigación titulada “ Actuar de la enfermera ante conflictos éticos en el final de la vida, por uso indiscriminado de Tecnología ; es cualitativa con enfoque: estudio de caso. Tuvo como objetivos: identificar, describir y analizar los conflictos éticos en el final de la vida, y el uso de la tecnología, en la Unidad de Cuidados Intermedios de un hospital local Chiclayo 2016. Las bases teóricas, se sustentaron en Pastor y Ferrer. Para la recolección de datos se utilizó la entrevista semi estructurada a profundidad, validada por expertos y aplicación piloto; la muestra fueron nueve enfermeras delimitada por saturación; se procesaron los datos con el análisis de contenido temático, propuesto por Minayo. El estudio permitió categorizar los discursos de esta manera; Categoría: Incertidumbre en el cuidado: ¿para la vida o la muerte?; Disyuntiva: El cuidado que favorezca morir con dignidad vs Calidad de vida, y Génesis de los conflictos éticos en enfermería centrados en la hegemonía unilateral en el tratamiento. Durante el desarrollo de la investigación se aplicaron los Principios de la Ética Personalista de E. Sgreccia y criterios científicos de N. Rodríguez.

Palabras Clave: Conflictos éticos, tecnología, final de la vida, enfermera, Cuidados intermedios.

ABSTRACT

In recent years the technological advances have revolutionized the care of the critical patient and in the final stage of life; The technology and techniques of resuscitation to maintain the life, sometimes causing, in the professionals of the health, ethical conflicts that are activated, when it is necessary to choose solutions that can be contradictory, but necessary; This situation is the reason for the research entitled: "Acting of the nurse before ethical conflicts in the end of life, by indiscriminate use of Technology"; Is a qualitative one with a case study. The objectives were to identify, describe and analyze the ethical conflicts at the end of life, and the use of the technology, in the Intermediate Care Unit of a local hospital in Chiclayo 2016. The theoretical bases are supported in Pastor and Ferrer. For data collection, semi-structured interviews were used in depth, validated by experts and pilot applications; The sample were nine nurses determined by saturation, data processing was performed with the thematic content analysis proposed by Minayo. The study allowed to categorize the speeches in the following way; Category: Uncertainty in care for life or death?; Dysfunction: The care that favors to die with dignity vs Quality of life and Genesis of the ethical conflicts in nursing centered on the unilateral hegemony in the treatment. During the development of the research were applied the Principles of Personal Ethics of E. Sgreccia and criteria of scientific rigor of N. Rodriguez

Keywords: Ethical conflicts, technology, end of life, nurse, Intermediate care.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años los avances tecnológicos han revolucionado el cuidado de la salud en las etapas finales de la vida, lo que ha permitido muchas veces prolongar la vida de los pacientes, que en otras circunstancias, estarían destinados a morir a corto plazo como consecuencia de una enfermedad terminal.¹ El uso de la tecnología y las técnicas de reanimación para mantener la vida, han creado en los profesionales de la salud diversos dilemas éticos, los cuales se activan, cuando aparece la posibilidad de elegir una solución entre varias opciones, que a veces podrán ser completamente contradictorias.

Ahora bien, es sabido que existen áreas fundamentales dentro de un nosocomio tales como: unidad de cuidados intensivos y de cuidados intermedios; los cuales son áreas preponderantes para prolongar o salvar la vida de los pacientes; debido a que por su alta tecnología están destinadas a manejar “agresivamente” los estados considerados críticos, utilizando aparatos y procedimientos de avanzada; asimismo, la utilización de las técnicas de reanimación y el uso de la tecnología, es lo que lleva al profesional de la salud, a generar medidas para salvar la vida, y buscan que el proceso de la enfermedad se centre en una curación digna, donde el proceso del final de la vida, sea el más natural.²

En la práctica diaria, los profesionales de la salud se encuentran inmersos en conflictos éticos, que se suscitan en el desarrollo de su actividad

profesional, situaciones que los llevan a cuestionarse como es que deben actuar frente al paciente, su familia, colegas y la institución para la que trabajan, donde la solución al conflicto presentado, sea la correcta a seguir, y por ende, su actuación sea la más idónea, no afectando derechos del paciente y el respeto irrestricto a su dignidad.

Se denota que frente a situaciones específicas, la duda respecto a la actuación del profesional de la salud, se circunscribe en la incertidumbre de si la acción elegida, frente a una situación en concreto, se debe realizar; si esta moralmente permitida o si por lo contrario, dicha actuación, atentaría contra sus pensamientos y su moral; como consecuencia, genera discrepancias en el pensamiento del profesional. Nadie duda de la necesidad de seguir prodigando los cuidados, pero ¿hasta qué punto deben realizarse los tratamientos considerados extraordinarios? Esta es la *clave del conflicto*: Tomar la decisión de retirar los tratamientos extraordinarios y dejar morir en paz al paciente³. Sin embargo, habrán interrogantes, que plantearan los conflictos que debe enfrentar la enfermera con mucha frecuencia, ejemplo de ello es responder a: ¿quién debe tomar la decisión de interrumpir un tratamiento de sostén?, ¿Cuándo puede tenerse la seguridad de que ya no hay más que ofrecer al paciente? ¿Dado el acuerdo, quien retira de la unidad de soporte ventilatorio al paciente?

La investigadora ha podido observar de manera directa, los conflictos éticos que se presentan, cuando aparece la posibilidad de elegir una solución entre varias opciones, que a veces podrán ser completamente contradictoria. Ante la falta de una certeza absoluta, el conflicto consistirá en buscar la forma más adecuada para tomar la mejor decisión, es decir, ¿cómo diferenciar lo correcto de lo incorrecto?, ¿lo que es bueno de lo que es malo? o incluso ¿cómo escoger la mejor opción entre varias opciones correctas?

Cuando entran en juego los problemas esenciales de la vida y la muerte, como ocurre cuando se plantea el retiro de tratamientos invasivos, nuevas terapias, sedación. etc. el conflicto es evidente. Al respecto se ha

observado la situación extrema a la que muchas veces son sometidos los pacientes en estado crítico, el decidir la sedación, la intubación endotraqueal, que son los más simples, a procedimientos invasivos que permitan prolongar la vida de las personas, aun cuando se sabe que los resultados son incompatibles con la vida digna.

Los casos que se presentan a continuación ilustran algunas de las dificultades que con más frecuencia se enfrenta el personal de enfermería. Evidentemente todos son experiencias de enfermeras/os clínicas que trabajan en distintos hospitales de España de Catalunya, pero en nuestra realidad estos casos también suelen darse en especial en los servicios de unidad de cuidados intermedios donde se ven diariamente enfermos que llegan en fase crítica y que progresivamente se recuperan o de lo contrario la enfermedad se hace progresiva, muchas de ellas en riesgo de perder la vida.

Caso 1³: El paciente que ingresaba para morir, el caso había ocurrido 24 horas antes de realizar la entrevista a una joven enfermera diplomada que trabajaba en urgencias de un hospital pequeño, al que llegó un paciente de menos de 50 años que había llegado a urgencias a morir (al cabo de una hora de su ingreso fallecía). Le acompañaba su familia con un informe médico (de otro hospital), en el que se explicaba detalladamente que el paciente tenía un cáncer con metástasis cerebral y por tanto se comprendía perfectamente que se trataba de un paciente terminal de cuidados intermedios

Sin embargo, los médicos valoraron la dificultad respiratoria aguda que presentaba en el momento y aplicaron el protocolo a la misma, olvidando la patología de fondo que reflejaba el informe del enfermo y ordenaron: vía para aplicar sueroterapia, gasometría (que implica realizar un pinchazo en la arteria que resulta muy doloroso), mascarilla de oxígeno (molesta a la mayoría de pacientes) y radiografías (que no llegaron a realizarse).

La enfermera, sufría porque veía el estado del paciente, que agonizaba y debía realizarle una serie de técnicas que le causaban dolor, sin ningún objetivo. Además ni siquiera estaba en una cama, sino en una camilla, ya que los cubículos de urgencias sólo disponen de camillas, porque se supone que el enfermo estará poco tiempo. El paciente angustiado se retiraba una y otra vez la mascarilla de oxígeno y la enfermera una y otra vez se la volvía a colocar, pero en los últimos instantes y viendo el sufrimiento del enfermo, dejó de insistir y permitió que el paciente se retirara la mascarilla de oxígeno, puesto que el enfermo manifestaba que le molestaba mucho, pocos minutos después y sensiblemente aliviado murió. Pero a la enfermera le quedó un interrogante expresado así ¿Es esta forma de morir, digna?⁵

Caso 2³: Esta situación giraba en torno de una anciana muy grave que se encontraba en el área de reanimación de un hospital mediano, fue narrada por una experimentada enfermera, con veinte años de ejercicio. Se trataba de una paciente de 86 años que el médico insistía en reanimarla, sin que tuviera ninguna posibilidad de recuperarse, con una mínima calidad de vida. La enfermera manifestó su disconformidad con el tratamiento de la anciana, pero sólo por el hecho de manifestar su criterio, el médico tomó represalias contra ella. Represalias sutiles que no se pueden denunciar ni demostrar, pero que fueron impuestas, tales como ordenar tomar las constantes (pulso, temperatura y tensión arterial) cada hora a pacientes que no lo necesitan, con el fin de sobrecargar a la enfermera.

En opinión de la enfermera, "el médico por falta de seguridad o para investigar, sigue luchando para conservar la vida en pacientes moribundos, sin dejarles morir con dignidad, y es que muchas veces se les ve como una estadística o una causa de sobre carga administrativa, por tener que hacer la epicrisis y el certificado de defunción.

Caso 3³: Un pequeño de 3 años, cayó en la piscina de su jardín y fue rescatado sin respirar, por sus padres, quienes lo trasladaron al hospital mientras le practicaban masaje cardíaco y respiración boca a boca. En

urgencias se siguieron aplicando las medidas para salvar al niño. La enfermera fue a recoger la analítica de urgencia y comprobando que la gasometría del niño era incompatible con la vida del niño, se lo comunicó al médico. Siguieron luchando durante 45 minutos para salvar la vida del niño, que quedó descerebrado, estuvo dos años en el hospital, tras los cuales fue dado de alta y los padres se lo llevaron a su casa en estado vegetativo. Han pasado varios años de este suceso, y aún el equipo (tanto médicos como enfermeras) se siguen preguntando si se hizo lo que se debía hacer.

Caso 4: Esta situación se dio en un Hospital de la localidad de Chiclayo, un niño con enfermedad terminal (Linfoma), cuyo médico tratante manifestó que no se debía realizar ningún tratamiento invasivo, porque la enfermedad era progresiva y el niño ya agonizaba, su médico deja el turno, y al ingreso del nuevo galeno evalúa al niño y solicita una serie de análisis clínicos, aun cuando se le manifiesta que nada cambiara en el estado del pre-escolar, es sometido a un martirio, ya que las condiciones en que se encontraba era muy difícil poder obtener las muestras de sangre; después de unos diez intentos se obtiene la muestra, al ver los resultados el médico manifiesta que no se puede mejorar el tratamiento; a las dos horas fallece el niño, las enfermeras se preguntan si fue necesario tanto sufrimiento, previamente advertido por el médico responsable del tratamiento, pero incumplido, por otro que solo estaba de turno ¿es esta forma de morir dignamente?

Caso 5³: En este caso, los deseos opuestos de la madre de un niño enfermo y los médicos, fueron arbitrados por un juez. Se trataba de un niño que estando en grave estado, la madre decide llevárselo a casa a morir. El médico discrepó de la decisión de la madre, ya que creía que a pesar de tratarse de un paciente incurable, tenía posibilidades de alargarle la vida por un tiempo más. La madre cansada de ver sufrir al niño, quería llevárselo a casa. El dilema estaba servido... la solución la dio el juez, quien dio la razón al médico y el niño siguió en el hospital. La pregunta de la enfermera es

"Aunque se tratase de un niño ¿por qué nadie le preguntó su opinión?" y por otro lado "¿deben tomarse estas decisiones en los tribunales? ino es la madre la responsable natural de la vida de su hijo?"

Caso 6³: Una joven paciente con enfermedad terminal, cansada de soportar el dolor y las pruebas, pidió a la enfermera que era muy experimentada que la ayudara a bien morir. La enfermera intentó hablar con los médicos, para que dejaran de hacerle pruebas, le dieran tratamiento paliativo, para mejorar su calidad de vida y pudiera morir en paz, pero nadie le hizo caso. También pidió ayuda al sacerdote de la institución, (se trataba de un hospital de la más alta tecnología) pero tampoco fue escuchado, ya que los médicos asumían que todavía podían salvarle la vida. La paciente, sufrió una agonía de ocho días, muriendo por sí misma pero "rabiando de dolor". La enfermera sufrió mucho por este caso, al que afirma no olvidará y por el cual pidió su traslado, a una unidad menos conflictiva.

Lo descrito amerita una reflexión profunda de los profesionales de la salud, quienes piensan que el paciente es el elemento más importante y que su trabajo se debe centrar en él, por eso muchas veces equívocamente, no tienen un criterio ético formado, para decidir lo que es mejor para el paciente. Muchas veces se ha generado la pregunta ¿qué es lo correcto para realizar en estos momentos?, ¿Está preparado el personal de salud, para poder decidir ante estos dilemas éticos generados por el avance de la tecnología? ¿Los profesionales de la salud, están formados para tomar estas decisiones, ante los diferentes dilemas éticos que plantea el uso indiscriminado de los avances de la tecnología?

Estas interrogantes previas generaron la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el actuar de la Enfermera en conflictos éticos, en el final de la vida, por uso indiscriminado de tecnología al final de la vida en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo - Chiclayo?

Formula como objeto de investigación el actuar de la Enfermera en conflictos éticos en el final de la vida por uso indiscriminado de tecnología en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo?

Los objetivos considerados fueron: Identificar, describir y analizar el actuar de la Enfermera frente a los conflictos éticos en el final de la vida, y el uso de la tecnología.

En la práctica diaria, las enfermeras y todos los profesionales de la salud, se encuentran a menudo inmersos dentro de muchos conflictos y dilemas éticos, ante el avance de la tecnología, respecto a actuaciones a seguir con el paciente y su familia, sus colegas y la institución para la que trabajan. Esta realidad demanda, formar a los futuros profesionales para que puedan ponderar con suficiente objetividad las situaciones éticamente conflictivas y tomar las decisiones convenientes, para el paciente, fruto de una reflexión ética y humana.

Así mismo, la trayectoria de los avances de las ciencias médicas, y la tecnología médica, han generado la mayor supervivencia de las personas con enfermedades crónico-degenerativas, lo que hace que existan pacientes complejos, que obligan a todos los sistemas de salud a buscar nuevas fórmulas que mejoren la atención de estos, implementando en los hospitales, unidades especializadas equipadas con tecnología de punta y profesionales especialistas, siendo estas cada vez en mayor número, por tanto, un alto porcentaje de profesionales se especializan en esta área; dicha especialización dentro de su currículo formativo tiene poco o casi nada de contenidos de la ciencia ética, de allí las conductas con falta de ética que a diario se evidencian, así como el desconocimiento de como valorar éticamente una situación, para dar una mejor solución en bien del paciente.

Por otro lado cuando progresa la enfermedad el objetivo prioritario de los tratamientos debe ser el confort y no la supervivencia, como se ve a diario, sin valorar la calidad de vida que se ofrece a la persona, sea esta una actitud consiente o no; por tanto, es necesario conocer el actuar de las enfermeras, en la fase final de la enfermedad, en donde los síntomas severos pueden provocar “un mal morir” y un sufrimiento enorme para sus familias, ellas, deberían saber reconocerlos, tener los conocimientos adecuados para controlarlos y estar prevenidas ante las nuevas situaciones que puedan surgir, evitando tratamientos innecesarios; no estar preparados para ello, crea conflictos éticos, al usar o permitir el uso indiscriminado de tecnología, ello involucra una urgente necesidad de capacitación el área de la ética de los cuidados, para asegurar un cuidado científico, humano y de calidad ética.

En la actualidad, la tecnología permite entrar en conflictos en torno al morir con dignidad, la cual es una situación que con mayor frecuencia, los profesionales consideran éticamente conflictiva, ya que el cuidado a los pacientes en su muerte, comporta angustia y por esta razón, se tiende a evitar todo lo que recuerda la finitud del ser humano.

No se puede olvidar que la ciencia da poder, la tecnología progreso y transformación y que la persona con muchas dolencias, tanto físicas como psíquicas, que espera alivio y respeto a su dignidad en los momentos finales de su vida, debe recibir lo que necesita⁴. Por ello es necesario promover, en el plan de estudios del pregrado y el post grado de los profesionales de la salud, temas relacionados con los dilemas y conflictos éticos al final de la vida, entre estos, la aceptación de la finitud de la vida humana, y el derecho a una muerte digna⁵, que permitan a los profesionales de la salud, brindar un cuidado humanizado.

Siendo el tema tan controversial, que tiene que ver también con una postura personal de práctica de valores, y que no solo implica la actitud de la enfermera, sino de todos los que actúan directamente sobre el cuidado del paciente, esta investigación puede motivar la realización de otras, con otro enfoque paradigmático, involucrando a todos los trabajadores de salud.

Las razones expuestas, son la justificación de esta investigación, que espera contribuir a una mejor resolución de los conflictos éticos, que en un sistema de salud, con tantas falencia, debe enfrentar a diario la enfermera, obligada por las circunstancias y su poca formación ética, que incluye a los demás profesionales del equipo de salud.

CAPÍTULO I:

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1 ANTECEDENTES

Se ha realizado una búsqueda minuciosa y si bien es cierto la problemática no ha sido aún muy investigada, se han tomado antecedentes que están relacionados al sujeto y objeto de estudios así:

A NIVEL INTERNACIONAL

Falcó A.⁶ Análisis de la conflictividad ética en los profesionales de enfermería de las unidades de cuidados intensivos. 2012. Barcelona España. Tiene como su objetivo: Analizar la conflictividad ética que experimentan los profesionales de enfermería de las unidades críticas frente a situaciones potencialmente conflictivas desde una perspectiva ética. Donde el conflicto ético es un problema que se produce al percibir que los valores y principios éticos asumidos por uno mismo están comprometidos por otros, siendo incapaz de tomar decisiones de carácter ético. Los profesionales de enfermería son especialmente vulnerables a experimentar conflictos de carácter ético debido fundamentalmente a las responsabilidades propias, asociadas al cuidado de las personas, cuestión que atribuye carácter ético a la profesión y al hecho de trabajar en un contexto cada vez más tecnificado y complejo como es el ámbito sanitario actual.

Valls R⁷. Diseño de programas para la formación ética de los profesionales de Enfermería. España 2006. Desarrollada en la unidad de cuidados intensivos de Barcelona; obtuvo como resultados: El “derecho a morir con dignidad” representado con un (28.15 %), el Derecho a la información de los pacientes (13.59 %), la calidad de los servicios ofrecidos (13.59), la “Experimentación humana” (8.73%) seguida de calidad de vida (6.79%) “Atención a pacientes difíciles y/o con VIH positivo” (5.82%) “Responsabilidad” (5.82%) y “Atención a pacientes con dolor” (4.85%), el estudio evidencia la existencia de dilemas éticos que la enfermera enfrenta durante su labor y que además son variados; donde la persona humana enferma críticamente, es el centro de ellos.

López A⁸ Tecnología Médica: problemas éticos y necesidad de su evaluación. Tiene como objetivo realizar una revisión de los fundamentos teóricos y principios más generales de los problemas éticos inherentes a la introducción de nuevas tecnologías, así como la necesidad de su evaluación. Los problemas éticos se presentan continuamente y especialmente en relación con adelantos tecnológicos de carácter diagnóstico y terapéutico. El alto costo de estos recursos obliga a utilizarlos de manera selectiva y es entonces cuando surge el conflicto de decidir quiénes deben beneficiarse con ellos y quiénes no. En los últimos años han arreciado las críticas por el uso indebido de esas nuevas tecnologías y las repercusiones que esto tiene sobre la relación entre costos y beneficios.⁸

A NIVEL LOCAL

Carrasco M⁹ “Dilemas éticos y cuidados de enfermería” tuvo como objetivos: describir y analizar los dilemas éticos y la actitud en el cuidar/cuidado de la enfermera en la unidad de cuidados intensivos. Se desarrolló en el servicio de cuidados intensivos del hospital Regional Docente, Las Mercedes, de Chiclayo – Perú. Obteniéndose las siguientes categorías: I Entre el deber-cuidado, VS el derecho-Morir, con las siguientes

sub categorías: Optando medidas de cuidado vital, vs acompañando en la muerte digna de la persona; la obstinación terapéutica VS la satisfacción de necesidades del bien morir; protegiendo la competencia profesional VS el respeto a la dignidad de la persona humana. II Entre lo jurídico y ético, con las sub categorías: cumpliendo imperativos médicos VS imperativos éticos, corporativismo VS Advocacia.

1.2 BASES TEÓRICO - CONCEPTUALES:

La presente investigación centra sus concepto principales en Conflictos éticos; (tema central) final de la vida, uso de la tecnología, y el área de investigación la UCIN, se expone a continuación la transcripción, transferencia, síntesis de autores que permitirán una mejor comprensión del tema en cuestión.

Se empieza argumentando que es un Conflicto Ético, según Pérez J^o Es un problema que puede resolverse mediante dos soluciones, ninguna de las cuales es completamente aceptable. El conflicto ético surge y se instaura cuando las vivencias de las situaciones del medio asistencial son sentidas de forma contrapuesta, o al menos distinta, entre el paciente y el equipo asistencial, ya sea por razones de conocimiento o de formación / información.

Por ello, los aspectos más destacados a la hora de tomar decisiones en procedimientos clínicos son, en primer lugar: factores que hacen referencia a los parámetros estrictamente médicos; posteriormente los factores que hacen referencia a la participación del paciente en la toma de decisiones, en los que interviene la enfermera de forma directa, tales como el consentimiento informado, valoración riesgo-beneficio, interacción equipo asistencial, paciente y familia y rechazo al tratamiento.

Los conflictos éticos a los que se enfrentan las enfermeras proceden de la diferencia entre los valores organizacionales y los profesionales. Hay conflictos entre el rol laboral y el rol profesional y conflictos de obligación. La jerarquía y el poder formal o informal de los médicos, derivan en conflictos éticos, que se expresan como dilemas éticos o como angustia moral. Las presiones organizacionales conducen a conflictos éticos que se expresan especialmente como angustia moral.¹¹

La conflictividad ética o moral, se presenta cuando se enfrenta entre sí actitudes o tendencias que derivan de valores o principios éticos.¹² Coinciden en afirmar, que un problema concierne a lo ético o moral, cuando repercute en primer lugar: en la promoción y la protección del bienestar y la atención de las personas, incluidos los intereses personales de no sufrir innecesariamente; en segundo lugar: en la respuesta a las necesidades básicas e interés primordiales de las personas; y, en tercer lugar: en la determinación y justificación de aquello que constituye una conducta correcta o incorrecta en cada situación.

Al respecto, la literatura reciente, señala que la enfermería es una profesión que favorece el desarrollo del estrés ocupacional y del desgaste profesional. Una de las causales más importantes para estos padecimientos son los conflictos morales, definidos como situaciones que implican conflictos de valores morales en el profesional, entre profesionales, y/o entre los profesionales y pacientes, con respecto a lo que es la acción moralmente correcta a tomar. También son definidos, como situaciones en la que los derechos y obligaciones de los profesionales de la salud no son claros.¹³

Para la investigadora constituyen conflictos éticos en UCIN, aquellas indecisiones que la enfermera enfrenta a diario, para brindar un cuidado moralmente aceptado y que derivan de las carencias institucionales (dotación insuficiente de personal, insumos, equipos, disponibilidad de camas etc.), de la unilateralidad de las decisiones en el tratamiento, las normas y reglamentos que muchas veces contradicen la atención ética y

humana, y la falta de preparación homogénea del personal, en relación a la ética en el cuidado.

En este sentido, las enfermeras, se enfrentan cada día a situaciones cercanas al morir y la muerte. El contacto directo con personas en agonía, precisa de una formación especial para poder afrontar estas situaciones tan difíciles, sobre todo en los servicios críticos como Emergencia, UCI, UCIN, entre otros; en donde con frecuencia el paciente es altamente vulnerable frente a la muerte y muestra toda su fragilidad humana.

Es así que, en la última etapa de la vida, es decir en el final de la vida, aquella en la que el proceso de morir se ha establecido claramente y la muerte se espera en un tiempo muy corto; representa el momento más crítico de los cuidados, en tanto se hacen presentes las cargas emocionales que conlleva. No debe olvidarse que esta etapa, se caracteriza habitualmente por un largo deterioro del paciente, marcado por episodios de complicaciones y efectos secundarios,¹⁰ Las dificultades principales por dificultades, han sido reducidas por algunos autores a tres grupos básicos. El primero reúne a aquellas que hacen difícil asumir la muerte propia como fenómeno inherente a la vida; el segundo a la ausencia de entrenamiento de los profesionales, teórico y práctico, para ayudar a morir; y el tercero, a la falta de experiencia personal respecto de la muerte. A estas dificultades debemos añadir las propias del trabajo en equipo, área ésta tan carenciada en los programas de formación de los profesionales.¹⁴

En UCIN, el final de la vida, implica que se ha hecho humanamente todo lo posible para la estabilidad del paciente; sin embargo, no hay respuesta del medio interno, por tanto, cualquier acción o intervención, no cambiara la situación, en otras palabras el final de la vida es precisamente eso, la vida ha llegado a su final, a pesar de toda la tecnología usada de manera conveniente. La tecnología y la técnica son el resultado de la aplicación de los conocimientos aportados por la ciencia en el campo sanitario y en la medicina.

La comprensión del sentido y significado de su aplicación pueden ayudar a entender el porqué de su utilización y no sólo su empleo como herramienta para conseguir fines, como mantener la ventilación asistida de un paciente crítico, controlar el latido cardiaco con un marcapasos, o conseguir depurar la sangre de metabolitos tóxicos mediante la diálisis; la aplicación tecnológica de los conocimientos obtenidos por las distintas disciplinas de la ciencia en la persona enferma, tiene un fin determinado. Se aplica para conseguir un beneficio, una utilidad, en este caso, mejorar la salud, eliminar la enfermedad, paliarla en caso de ser crónica o terminal y potenciar las capacidades residuales en caso de discapacidad.

Sin embargo; la aplicación de la tecnología y la técnica conlleva una serie de repercusiones inherentes a su uso. Entre ellas la deshumanización de la asistencia y la presencia de conflictos éticos y problemas morales en su uso, entre los propios profesionales, el paciente y la familia.¹⁵ Paradójicamente, muchas de estas aplicaciones tecnológicas son manejadas y utilizadas por las enfermeras a la hora de aplicar cuidados, apareciendo problemas éticos a la hora de usarlas en la aplicación de cuidados.¹⁶ Los avances tecnológicos y su utilización indiscriminada se han asociado a una progresiva deshumanización de la atención a las personas. La pérdida del significado y del sentido de su manejo junto a la incertidumbre del papel de la enfermera(o) y del paciente respecto a estas nuevas tecnologías y máquinas ha provocado nuevos conflictos de tipo ético y moral a la hora de cuidar.

En tal sentido el significado de la tecnología usada para ayudar a otros, reside en la relación de ayuda dada solidariamente, no como trabajo ni con un fin, sino como vocación. El significado de esta aparece cuando la enfermera utiliza una herramienta inerte para ayudar a cubrir las necesidades de las personas enfermas. La relación hombre-tecnología se desdobra, y de ser una relación directa para facilitar la adaptación del entorno al hombre, se

convierte en un instrumento de relación ética y moral entre personas que previamente no tienen ningún lazo entre ellas. Es esta relación que surge entre la enfermera, la persona enferma y la máquina/ tecnología, la que fundamenta el uso de esta. Es un axioma obligatorio de todo profesional que ante el sufrimiento y el daño de otros actúe, con o sin tecnología.¹⁷⁻¹⁸

La investigadora como miembro del equipo de salud de esa unidad, considera que el avance tecnológico, posee dos aristas, que muchas veces entran en controversia, por un lado, ayudan restituir el desbalance homeostático, permitiendo el restablecimiento progresivo del enfermo crítico, por otro lado, su uso indiscriminado lo convierte en un medio para deshumanizar el cuidado, prolongando la supervivencia sin pensar en la calidad de vida que tendrá el paciente, ello, por ser una prescripción médica (hegemónica y unilateral), origina conflictos éticos en la enfermera, quien sabiendo lo que debería hacer, no lo hace por falta de soporte argumentativo, cabe recalcar que a pesar de las limitaciones, la tecnología en ningún caso la alejara de la afectividad, tan importante en este tipo de pacientes y su familia.

La presente investigación, se centra fundamentalmente en el área de la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN), la cual fue creada con la finalidad de salvar la vida de las personas. Por ende son unidades que por su alta tecnología, están destinadas a manejar “agresivamente” los estados considerados críticos, utilizando aparatos y procedimientos de avanzada; siendo las técnicas de reanimación y el uso de la tecnología, lo que lleva a la enfermera a centrar sus cuidados en medidas para salvar la vida, y hacer que se dé el proceso del final de la vida, en el entorno más natural posible.¹⁹

Las UCIN, de acuerdo a la Norma Técnica¹⁹ De los servicios de Cuidados Intensivos de los Hospitales del Sector Salud 2004; son propias de los Hospitales de nivel III-1 y III-2 (Institutos Especializados) quienes implementarán la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM), El número de camas es del 5% al 10% del total de camas hospitalarias, funciona las 24 horas del día, todos los días del año. Es de tipo polivalente, admite en orden

de prioridad a los pacientes del Servicio de Emergencia, de Cuidados Intensivos y de servicios de hospitalización de Especialidades Médicas o Quirúrgicas; admite pacientes críticos potencialmente recuperables, que requieren monitoreo, sin ser prioritarias las medidas extraordinarias de tratamiento, es decir, pacientes con disfunción aguda de un órgano y/o requieren monitoreo intermedio o soporte biomédico prolongado: ventilación mecánica no invasiva, ventilación prolongada o por corto tiempo, así como aquellos pacientes en fase crónica o de recuperación de la disfunción multiorgánica sistémica; el personal médico y de enfermería son especialistas en el área, tiene jefatura médica y de enfermería.

Los diagnósticos frecuentes son: Urgencias hipertensivas, Insuficiencia Respiratoria Crónica, descompensada, Broncoespasmo severo, Ventilación Mecánica, prolongada, Insuficiencia Cardíaca, descompensada, Arritmias cardíacas no malignas, Insuficiencia Renal, aguda que no requiere hemodiálisis, Hemorragia Digestiva, activa, sin descompensación hemodinámica, Accidente Cerebro Vascular sin hipertensión endocraneana, Síndrome convulsivo, Traumatismo Encéfalo Craneano leve a moderado, Post operados de Cirugía de alto riesgo, Poli traumatizado moderado; Anticoagulación total, Síndrome post resucitación en fase de recuperación prolongada, Pancreatitis, aguda, no complicada, Falla hepática crónica descompensada. Disturbio hidroelectrolítico moderado, Soporte nutricional parenteral¹⁹

El propósito fundamental de estas unidades es: Mantener una vida de calidad. Aliviar el sufrimiento, Evitar riesgos al paciente, Restaurar la salud, Respetar los derechos de los pacientes; sin embargo no es infrecuente el tratamiento fútil, que nunca logra el objetivo de beneficio por mucho que se repita, ese efecto parcial no supone un beneficio sobre la persona como un todo, se considera un tratamiento fútil, cuando la probabilidad de éxito es muy baja, o la calidad de vida, que es la meta del tratamiento, se considera inaceptable.²⁰

Para la investigadora, UCIN, un servicio del H AAA-EsSalud, designado para el tratamiento de pacientes en estado crítico, que todavía requieren de monitorización continua y apoyo de aparatos de sostén, (ventiladores mecánicos, monitores) y asistencia médica y de enfermería especializada, generalmente su procedencia es de UCI, Emergencia y servicios de hospitalización. Laboran un Médico Jefe, cuatro médicos Intensivistas; una Enfermera Jefe por concurso, once enfermeras especialistas, y cinco técnicos de enfermería, con experiencia en esta área. Aunque la infraestructura difiere de la Normas Técnica (MINSA), su adaptación permite disponer de 8 camas, siendo solo 7 funcionales, por falta de insumos. Los pacientes de larga estancia tienen probabilidad casi nula de recuperación, exponiendo a la enfermera a diversos conflictos éticos, materia de investigación del presente trabajo.

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de investigación:

La investigación tuvo un enfoque Cualitativo, para Pineda²¹ La investigación cualitativa permite obtener respuestas a fondo, acerca de lo que las personas piensan y sienten; este enfoque busca comprender el fenómeno en el ambiente natural, cómo vive, se comporta y actúa la gente; el sujeto investigado y la realidad. Más que una explicación de los fenómenos, hay una interpretación que conduce a la búsqueda de intervenciones y transformaciones de esa realidad.²¹ La presente investigación tiene carácter cualitativo, en la medida que busco obtener respuestas de los propios actores en relación a una situación (conflictos éticos) en una realidad determinada (UCIN) llegando a comprender, las complejas interrelaciones que se dan en la realidad, en relación a cómo enfrentar conflictos éticos, relacionados a la práctica indiscriminada de la tecnología en el final de la vida, evaluarlos y proponer estrategia transformadoras.

2.2 Abordaje metodológico:

La investigación fue de abordaje, estudio de caso; el estudio de caso es una modalidad investigativa que se utiliza ampliamente; el objetivo es estudiar a profundidad o en detalle una unidad de análisis específica, tomada de un universo poblacional. Para el método de estudio de caso la unidad de análisis “El caso”, objeto de estudio es comprendido como un sistema integrado, que interactúa en un contexto específico, con características propias.²²

El estudio de caso en la presente investigación, permitirá analizar la problemática individual que vive cada enfermera, en relación a los conflictos éticos por uso indiscriminado de la tecnología al final de la vida, contrastando con los otros sujetos de investigación, que laboran en un mismo contexto (UCIN), y analizarlos con la bibliografía pertinente.

Por ser un estudio de caso, se tuvo en cuenta los principios propuestos por Mengal y Luque²⁵:

1. Los estudios de caso se dirigen al descubrimiento. A pesar que el investigador partió de algunos presupuestos teóricos iniciales, procuro mantenerse constantemente atento a nuevos elementos que pudieron surgir como importantes, durante el estudio, que estuvo centrado en el actuar de la enfermera, en conflictos éticos en el final de la vida, por uso indiscriminado de tecnología, en la UCIN.
- 2- Los estudios de caso enfatizan “La interpretación en el contexto”: Un principio básico de este tipo de estudio es que, para una mejor comprensión del objeto es preciso tener en cuenta el contexto en el que se sitúa. Así, para comprender mejor la manifestación general de un problema, las acciones, las percepciones, los comportamientos y las interacciones de la persona deben estar relacionadas a la situación específica donde ocurren o a la problemática determinada, a la que están ligadas, como ocurrió con las enfermeras del servicio de UCIN.
- 3- Los estudios de caso buscan retratar la realidad en forma compleja y profunda: El investigador procura revelar la multiplicidad de dimensiones presentes en una determinada situación, enfocándolo como un todo. La investigadora busco retratar la realidad, la esencia de la verdad que vivieron las enfermeras de la UCIN, en relación a su actuar frente a los conflictos éticos en el final de la vida por el uso indiscriminado de la tecnología, a través de preguntas abiertas, no estructuradas, que permitieron la repregunta cuando fue necesario.

- 4- Los estudios de caso usan una variedad de fuentes de información: En el desarrollo del estudio, el investigador recurre a una variedad de datos recolectados en diferentes momentos, en situaciones variadas y con una pluralidad de tipos de informantes, así se puede cruzar información, descubrir nuevos datos mediante las entrevistas a profundidad o rechazar suposiciones, basadas en la teoría consultada. La investigadora además recolecta información en diferentes momentos y situaciones, registrándolo en su diario de campo.
- 5- Los estudios de caso revelan experiencias vicarias o secundarias pero importantes y permiten generalizaciones naturalísticas: La investigadora procura relatar los resultados de modo que el lector o usuario pueda hacer sus generalizaciones naturales, asociando datos encontrados en el estudio, con los datos que son fruto de sus experiencias personales.
- 6- Los estudios de caso procuran representar los diferentes y a veces conflictivos puntos de vista presentes en una situación social. Cuando el objeto o situación estudiados pueden suscitar opiniones diferentes, el investigador procura traer para el estudio esas divergencias de opiniones, revelando incluso, su punto de vista sobre la situación. El desarrollo de esta investigación, permitió conocer la realidad referente al objeto de estudio, mostrando las diferentes experiencias de las enfermeras que laboran en la UCIN y que la investigadora como experta de esa área, muchas veces pudo corroborar de manera indirecta.
- 7- Los relatos del estudio de caso utilizan un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros relatos de investigación: La investigadora ha elaborado un informe final, detallado, tratando de que no se aparte de la realidad estudiada y permita al lector utilizar los resultados y/o hacer nuevas investigaciones a partir de ésta, siguiendo las normas de publicación de la escuela de Post-Grado-USAT.

2.3 Sujetos de la Investigación:

Los sujetos de investigación del presente estudio lo conformaron las enfermeras que laboran en UCIN, del HAAA, considerando los criterios de inclusión y exclusión, a quienes se les aplicó la entrevista. En relación a la semejanza de años de experiencia en el servicio, esta permite tener cierta homogeneidad en la muestra, puesto que la permanencia en un servicio durante un espacio de tiempo, facilita la adaptación del profesional al mismo, y mejora su capacidad de actuación profesional.

La delimitación de los sujetos de investigación se realizó por saturación y redundancia;²⁴ La muestra fueron nueve enfermeras, que se obtuvo por saturación, cuando la información obtenida en las entrevistas no aportaban nada nuevo a la información que ya se tenía, es decir se volvió redundante.

Criterios de Inclusión.-

Dentro de los criterios de inclusión se consideró:

1. ser enfermera del servicio de UCIN con un mínimo de un año de trabajo en dicho servicio.
2. Participación voluntaria en el estudio.

Criterios de Exclusión.

Los criterios de exclusión fueron:

- 1- Enfermeras que se encuentren realizando pasantías, asignación temporal y aquellas que aun laborando en el servicio de manera permanente se encuentren de vacaciones o no tuvieran un año de servicio.
- 2- Enfermera Jefe.

2.4 Escenario

Para la presente investigación el escenario es el servicio de Cuidados Intermedios (UCIN) del HAAA, este hospital pertenece al nivel III-1, ubicado en la Plaza de la Seguridad Social, en él se brinda atención especializada a los asegurados. Se encuentran registrados como población adscrita a este hospital es de 31 418 usuarios. Así mismo, este hospital brinda atención a pacientes referidos, encontrándose una población asegurada en la macro región norte de 310 194 personas y 52 987 que corresponden a otros departamentos, haciendo un total de 363 181 asegurados.²⁵

La UCIN, fue creada el 03 de Junio del 2001, se encuentra ubicado en el cuarto piso del hospital nuevo, consta de 8 camas presupuestadas y solo 7 funcionales. Este servicio, está dedicado al cuidado de personas en estado crítico, las principales patologías son respiratorias, cuenta con un jefe de servicio, 4 médicos especialistas en cuidados críticos, una Enfermera Jefe de servicio, con 11 enfermeras especialistas en cuidado crítico y 5 técnicas de enfermería. En cuanto a material e insumos con que cuenta el servicio, es aceptable en cantidad, son variadas de buena calidad, respondiendo continuamente a las necesidades y requerimiento de las personas y servicio en general.

El porcentaje ocupacional es del 84 %; no responde a la demanda, por tener un 52 % de pacientes de larga estancia, dependientes de ventilador mecánico y 48 %, tienen con estancia de 10 días; los diagnósticos más frecuentes han sido indicados, en páginas anteriores, cabe resaltar, que la demanda de asistencia ventilatoria, es la más alta. La UCIN, esta implementada con equipos de alta tecnología operativo en un 50 %; el otro 50 % está por reparar o en espera de sustitución.

2.5 Instrumentos de recolección de datos

Las principales fuentes, para la obtención de la información en el estudio de caso, son las personas directamente relacionadas con el caso o la unidad de análisis, documentos válidos y situaciones a profundidad en las expresiones de los participantes de toda índole, que contengan información sobre el caso. La entrevista semi- estructurada, normalmente constituye un intercambio entre un entrevistador y un entrevistado²⁶

La entrevista semi- estructurada, en la presente investigación consto de 3 preguntas dirigidas a identificar y describir los conflictos éticos y cómo actúan las enfermeras frente a ellos, esta entrevista estuvo a cargo de la investigadora, sin perder de vista las consideraciones éticas, la entrevista fue validada por expertos y la ejecución de la prueba piloto, aplicada a enfermeras de un servicio similar al de estudio (UCI-HNAAA).

2.6 Procedimiento:

A partir de la elección del tema, se elaboró un protocolo, construido al inicio del proyecto, e interrogantes que de hecho reflejan la realidad investigada. Esta fase se plasmó en la redacción y formulación del proyecto de investigación, donde se procedió a realizar la búsqueda minuciosa de la información, necesaria para la elaboración del marco teórico, incluyendo la elaboración de los instrumentos de recolección de datos, como la entrevista y el diario de campo. Fue la etapa más importante de la investigación, en él se suscitaron una serie de incógnitas, respecto al tema a tratar, posteriormente a un análisis exhaustivo, la idea fue, clara respecto a lo que se quería investigar. Posteriormente la validación del instrumento, permitió realizar los reajustes necesarios, previos a la aplicación de la entrevista semi estructurada,

La Recolección de datos y evidencias son de dos tipos, los primarios que fueron recogidos directamente de la fuente a través de las entrevistas, y los secundarios que son los datos ya recolectados que se encuentran organizados en archivos, estadísticas, entre otros, constituyéndose en referentes bibliográficos debidamente citados. Para la aplicación de la entrevista semi- estructurada, se tuvo en cuenta lo siguiente:

En un primer contacto con las enfermeras, se solicitó su libre participación en la investigación, previa explicación de los objetivos de la misma y la firma del Consentimiento Informado (CI), se concertó la fecha, hora y lugar del desarrollo de la entrevista en sí. El segundo contacto se realizó en un ambiente privado, tranquilo y libre de interrupciones del propio servicio, buscando establecer un clima de seguridad, que permita obtener respuestas espontaneas y sin inhibiciones a las preguntas consideradas en la guía.

Para lograr profundidad en la entrevista se utilizaron técnicas como: se lanzó las preguntas en forma directa y/o repreguntando, buscando aclarar el significado de lo que dice el entrevistado. Explicando el mensaje, utilizando otras palabras menos técnicas; profundización que permitió ampliar la información. En resumen la consolidación de la información se dio, cuando se obtuvieron datos repetitivos en más de dos entrevistas; culminando con palabras de agradecimiento por su participación.

En seguida se procedió a la transcripción tal y conforme lo manifestaron las personas entrevistadas, posteriormente se releyó hasta familiarizarse con los términos usados por los entrevistados, después de esto, se procedió a ordenar, clasificar y analizar cada entrevista realizada, para posteriormente llegar al análisis de los resultados y elaboración del informe respectivo.

En relación al Análisis de Resultados, no existe una guía única para analizar los resultados de un estudio de esta naturaleza. La mayor parte de las evaluaciones y análisis de datos fueron realizados paralelamente con el

trabajo de recolección. La información obtenida se transcribió manteniendo su integralidad, posteriormente estos datos, fueron clasificados como unidades de análisis, reunidos por semejanza semántica que luego se interpretaron y organizaron dando lugar a lugar a tres categorías. Se culmina el procedimiento con la presentación del informe, el mismo que se ha elaborado, utilizando lenguaje sencillo, de fácil interpretación, respetando en su presentación las normas establecidas para la Publicación de Trabajos de Investigación de la Escuela de Post Grado - Programa de Maestría en Enfermería de la USAT.

2.7 Análisis de los datos:

Se realiza para dar forma, confiabilidad y validez, consistente en examinar clasificar, categorizar datos, opiniones e informaciones encontradas, que permitan construir una teoría que admita aplicar un fenómeno de estudio, como son los conflictos éticos. Una cualidad del análisis de datos, se podrá notar en el tratamiento y discusión de las principales interpretaciones. Para ello se describen las estructuras detalladamente.²¹

El análisis e interpretación de los datos, se efectuó mediante el análisis de contenido Temático. Esta técnica permitió “descripción objetiva, sistemática y cualitativa del contenido manifiesto de las comunicaciones escritas, orales o visuales a fin de interpretarlas.”²⁵ El Análisis de Contenido Temático comprendió tres etapas:

Primera etapa: El Pre análisis: Es la etapa de organización del material a analizar, en la que se diseña y define los ejes del plan, que permitió examinar los datos y realizar efectivamente el análisis de contenido. Durante esta etapa la investigadora transcribió tal cual los manifiestos y los organizó de forma numérica.

Segunda etapa de Codificación: Consiste en realizar una transformación de los “datos brutos” (el material original) a los “datos útiles” para la investigación. Las operaciones implicadas en esta etapa, son la fragmentación del texto, es decir, el establecimiento de unidades de registro, y la catalogación de elementos. En esta etapa se realizó una lectura y relectura de las entrevistas para ir descartando los datos que fueron de utilidad para la investigadora, estableciéndose discursos y unidades significativas.

Tercera etapa de Categorización: En la cual se organizó y clasifiqué las unidades obtenidas en base a criterios de diferenciación. El criterio fundamental de categorización, en un análisis de contenido temático, es la agrupación de las unidades por similitudes, en cuanto a su significado. Siguiendo estas etapas se llegó finalmente a agrupar las unidades de significado, para dar paso a tres categorías, las cuales fueron analizadas según la base teórica disponibles.

2.8 Criterios éticos:

Durante el desarrollo de la investigación se aplicaron los principios de la ética personalista:²⁷

Principio de defensa de la vida física: Este principio destaca que la vida física, corpórea, es el valor fundamental de la persona, tampoco la libertad puede darse sin la vida física: para ser libre y tener derechos humanos es necesario ser viviente. Solo el bien total y espiritual de la persona está por encima del valor de la vida física. Este principio se aplicó durante toda la investigación, se vigiló que la evocación de recuerdos, no las afectara, no fue necesario suspender ninguna entrevista, para ello la investigadora, mantuvo su actitud vigilante, para detectar cualquier afectación físico o psicológica.

Principio de Libertad y responsabilidad: la persona es libre pero es libre para conseguir el bien de sí mismo y el bien de las otras personas y de todo el mundo. No puede ejercitarse la libertad sin ejercer la responsabilidad,

frente a las otras personas, frente a sí mismo y ante todo, a la propia vida, a la vida de los otros hombres y de los otros seres vivos. Para dar cumplimiento a este principio, la participación de los sujetos fue voluntaria, haciendo uso de su libertad de elección y su participación responsable en este estudio, la investigadora ha demostrado su actitud responsable al respetar los discursos y realizar la transcripción y análisis, sin alterar la esencia de lo manifestado, ha citando a los autores referidos, los entrevistados se involucraron en este principio, declarando en sus discursos la verdad de sus experiencias, las mismas que serán utilizada para el bien propio, de la profesión y de quienes decidan aplicarla.

Principio de Sociabilidad y Subsidiariedad: Este principio pone de relieve que toda persona está obligada a auto realizarse, participando en el bien de sus semejantes y, dado que la vida humana es un bien personal y también social, cada persona debe comprometerse a proteger la vida, como un patrimonio de la sociedad y no solo de cada individuo personal; por otro lado la sociedad (enfermeras) tiene la doble obligación de asistir o ayudar, más allá, donde las necesidades son más graves y urgentes (servicio de UCIN), por tanto, los resultados ayudaran a resolver problemas semejantes al darse a conocer sus resultados, tanto en el servicio de UCIN, como de aquellos que se desenvuelvan en contextos lo más semejante posible.

2.9 Criterios de rigor científico:

El rigor de la investigación, busca velar porque los datos estén completos, que sean de calidad y estén en un formato que faciliten su organización. En esta investigación se tuvieron en cuenta los criterios de rigurosidad científica según Hernández.²⁸

Credibilidad

El investigador captó, el significado completo y profundo a través de conversaciones con los sujetos de estudio, y que se interpretan a partir de los hallazgos. La confianza de la información que se obtuvo durante la entrevista se garantizó, porque los datos se recolectaron y procesaron tal cual se presentó en la realidad. La presente investigación merecerá credibilidad, puesto que todo lo que se expone está sustentado con base científica, además, los datos que se presentan, son producto de la información obtenida a través de las entrevistas, realizadas a enfermeras que laboran en UCIN, que fueron presentados luego a los participantes, para que sean reconocidas como verdadera información del estudio, siendo afirmativa su respuesta.

Confirmabilidad

Se refirió a demostrar que se han minimizado los sesgos y tendencias del investigador. Implico rastrear los datos en su fuente y la explicación de la lógica utilizada para interpretarlos. El investigador mantuvo el margen de distancia para que los resultados no sean productos de la manipulación, o que respondan a los intereses personales de dicho investigador.

Transferibilidad o aplicabilidad

Se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. Se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados con otro contexto. El mismo que será determinado por el lector del informe, en tal sentido en el presente informe, se describe los sujetos y el escenario de investigación minuciosamente, de modo que, permita una comparación con otro contexto semejante al del estudio. El presente trabajo será transferible y aplicable ya que podrá ser aplicado en otros contextos, según convenga a quien lo requiera.

CAPITULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El proceso de toma de decisiones ante conflictos éticos que se presentan exigen al profesional enfermero, fundamentar su actuación en la razón, teniendo en cuenta la dignidad de las personas, a fin de poder formar parte en el proceso de toma de decisiones éticas, que hagan correcta la conducta profesional de las enfermeras y enfermeros, junto a la de otros profesionales sanitarios, implicados en los mismos casos.²⁹

Según esta reflexión y considerando el marco teórico y los objetivos de la investigación, se analizaron, discutieron y se organizó los resultados, emergiendo las siguientes categorías:

Categoría I: Incertidumbre moral en el desempeño: Cuidado para la vida o la muerte.

Categoría II: El cuidado que favorezca morir con dignidad vs supervivencia sin calidad de vida.

Categoría III: Génesis de los conflictos éticos en enfermería centrados en la hegemonía unilateral en el tratamiento

- a. Sub categoría: La hegemonía unilateral en el tratamiento
- b. Sub categoría: La falta de capacitación para asumir la Advocacia del cuidado ético.

CATEGORÍA I: INCERTIDUMBRE MORAL EN EL DESEMPEÑO: CUIDADO PARA LA VIDA O LA MUERTE.

Hoy en día, el avance de la ciencia y la tecnología ha invadido todo el campo de la salud, aumentando enormemente las expectativas de vida; si bien este avance, es bueno para muchos, puede traer incertidumbres frente al uso de ellas, pues los profesionales de la salud en su afán de mejorar la salud podrían llegar al encarnizamiento terapéutico³⁰, no infrecuente, en las unidades de cuidado crítico, como UCIN, encaminando el desempeño profesional a fines lejos de la ética del cuidado, plateando la incertidumbre que traduce la siguiente interrogante ¿es ético continuar con un tratamiento que no beneficia al paciente, ni mejora su calidad de vida? las respuestas posibles deben orientarse a esclarecer ideas, inicialmente contradictorias y difíciles de entender, para reconocer situaciones desde los aspectos médicos a elementos contextuales³¹ que originan incertidumbre de tipo moral.

Frente al cuidado de los pacientes con enfermedad terminal, y el uso indiscriminado de la tecnología, las razones últimas de estas demandas, son complejas y suelen generar situaciones de conflicto ético y dilemas éticos, frente al uso de la tecnología, en especial, cuando las enfermeras tienen que ofrecer cuidados, a pacientes cuyo final es inminente, si se obviara el uso indiscriminado de equipos tecnológicos; reafirmando dudas frente al cuidado que brindan, sobre todo, porque trastoca el direccionamiento ético del cuidado, que es cuidar para la vida y no para la muerte; ante estas situaciones, la enfermera reconoce que sus cuidados, solo prolongan la muerte inminente de los pacientes al final de la vida, situación que arraiga la incertidumbre moral en sus intervenciones, evidenciados en interrogantes sin respuestas, tal como lo expresan en el siguiente discurso:

... tengo una paciente con esclerosis que no va a salir del ventilador, es totalmente dependiente, esta despierta, conectada al medio, pero que no puede articular ninguna palabra y siempre esta con la boca abierta... tenemos que estar cuidando que no se metan los insectos,

... empieza a de saturar... ya no responde a los volúmenes del ventilador, que le corresponden, entonces los médicos deciden aumentarle el volumen o la PIB, sin dejar que la enfermedad siga su curso natural ...entonces me pregunto ¿ hasta dónde se puede llegar? o ¿dejarla morir? (incertidumbre) ... si se estabiliza... continua su agonía en vida... bueno... eso no es vida, pero hay que seguir dándole cuidados...” (Rosa)

“...en la unidad se presentan diariamente conflictos éticos, a los cuales nosotras las enfermeras tenemos que enfrentar...pacientes que están en las últimas horas, y se inician terapias agresivas, con la finalidad de que no muera en su turno... entonces me cuestiono ¿es correcto, es ético esto de ser colaboradoras de ese tratamiento? (incertidumbre), entonces estamos cuidando para que la paciente viva o para que simplemente no muera? (Orquídea)

Los discursos muestran como la incertidumbre moral, está presente de manera constante en el actuar de la enfermera de UCIN, como ellas lo manifiestan; el problema surge, cuando comparamos nuestros propósitos con los resultados. La conexión entre lo que queremos y lo que en verdad ocurre, se relaciona con nuestra capacidad para predecir el resultado de nuestras acciones. En salud prácticamente no existe la unicausalidad y en cambio tenemos una múltiple determinación de los fenómenos que dificultan la capacidad de predecir el resultado de las acciones e intervenciones que se ejecutan, al tiempo que nos permita recuperar la verdadera dimensión de lo humano,³² evitando la incertidumbre moral, a la que constantemente se ven sometidas las enfermeras de UCIN.

Como es evidente, las enfermeras, al igual que otros profesionales sanitarios, se encuentran en ocasiones con problemas de carácter ético, surgido no solo de la atención al paciente y su entorno familiar, sino también derivados de la disconformidad con determinados tratamientos médicos y

procedimientos clínicos³³; los discursos revelan insatisfacción, auto crítica: ¿cuál es la direccionalidad que le dan a sus cuidados? ¿Cuidar para la vida o la muerte? Y es que la incertidumbre moral, es el tipo de conflicto moral que se presenta, cuando el profesional intuye un conflicto de naturaleza ética, pero no es capaz de definir los valores y los principios éticos implicados, impidiendo la toma de decisiones. La enfermera (o), percibe que algo no va suficientemente bien y experimenta un estado de inquietud o desazón, pero no las lleva a la toma de decisiones.³³ para el cuidado ético que desean brindar.

Sin embargo a pesar de estas situaciones conflictivas los sujetos de investigación, refieren que la tecnología bien utilizada salva la vida de los pacientes, y en el caso de los pacientes en el final de la vida, ayudan a aliviar los síntomas desagradables, tal como se evidencia en el siguiente discurso

“La tecnología ayuda grandemente a solucionar los síntomas desagradables en el final de la vida, y benditos los inventores, porque de lo contrario las personas que necesitan...morirían inmediatamente,...y hay muchos que han salido y han logrado pasar una crisis que los hubiera llevado a la muerte.... muchos pacientes han aliviado sus síntomas, gracias a la tecnología bien utilizada...en bien de la vida” (girasol)

“En el tiempo que llevo trabajando en la unidad, he observado cuando una persona en fase terminal, presenta una insuficiencia respiratoria, se le conecta al ventilador, con parámetros indispensables, alivia sus síntomas y se espera el desenlace natural...son pocos los que lo hacen y nosotras en mayoría los apoyamos,... aliviar síntomas hasta que se desencadene la muerte natural es cuidar la vida,...aunque parezca contradictorio (orquídea)

La *incertidumbre* en los problemas éticos *se produce*, cuando hay un cuestionamiento frente a una situación inadecuada o incorrecta y un sentimiento de tensión, frustración y molestia, pero esta situación no es percibida como parte de un problema ético; hecho que se evidencia en los discursos, de las enfermeras de UCIN, alejando la posibilidad a lo que en ética se conoce como el *sufrimiento moral*, situación en la cual, sí sabes lo que es correcto, y lo que debe hacerse, pero esta impedido de hacerlo por alguna razón, sea individual, institucional o social.

Así, los enfermeros de UCIN, aunque no de manera unánime, como lo manifiestan en su discurso, pueden reconocer cual es la conducta ética apropiada a seguir; sin embargo, muchas veces por presiones externas, se convierten en incapaces de continuar con el curso de la acción adecuada y no pueden seguir el camino de su conciencia; la incertidumbre moral se evidencia por la inseguridad en cuanto a la moralidad de la acción puesta en ejecución, siendo correcta o no. Las circunstancias de vida y muerte, relacionadas con el proceso de la enfermedad, a menudo extendida por los avances tecnológicos, en estos entornos, (como el de UCIN) se convierten, aún, más repletas de situaciones de incertidumbre moral³⁴

Como vemos los avances de la Medicina han ampliado de forma importante la media de esperanza de vida, con el resultado de un mayor número de personas que llegan a edades avanzadas o que arrastran el lento desarrollo de enfermedades que no hace tanto producían desenlaces inmediatos, o muchos más rápidos. Esto amplía el campo de la atención sanitaria y le plantea nuevos problemas acuciantes por cuanto la sociedad le exige afrontar situaciones fuera de los ámbitos estrictamente médicos o farmacológicos³⁵; que ocasionan intervenciones para resguardar la supervivencia, muchas veces a costa de la poca calidad de vida con la que quedará el paciente, dicha situación suelen crear situaciones disyuntivas en el cuidado, poniendo también en tela de juicio, algunos conceptos como calidad, situación que se expone y analiza en la siguiente categoría.

II CATEGORÍA: DISYUNTIVA EL CUIDADO QUE FAVOREZCA MORIR CON DIGNIDAD VS CALIDAD DE VIDA

Una disyuntiva es una situación en la que hay que elegir entre dos cosas o soluciones diferentes,¹⁰ la misma que se presenta con inherente frecuencia cuando una persona se encuentra en el final de la vida; lo cual indica que un paciente que padece una enfermedad que no puede ser curada o tratada de manera adecuada, se espera como resultado la muerte del paciente, dentro de un período corto de tiempo³⁶, situación que desencadena en las áreas críticas como UCIN, a que las enfermeras muchas veces puedan entrar en conflictos éticos frente a la disyuntiva entre desacatar una orden médica, o en todo caso continuar con la utilización de la tecnología, para el cuidado del paciente, sabiendo que no tiene perspectiva de recuperación, las aportantes describen esta situación de la siguiente manera:

“Yo tengo una dificultad... (disyuntiva) cuando un paciente esta desahuciado, que no tiene una calidad de vida optima, que su estancia es solamente para mantenerla con el respirados, sabemos que va a morir... y sin embargo si hace una parada cardiaca, hacemos RCPA, creo que morir con dignidad, seria ya no reanimarla y dejar que la enfermedad siga su curso normal ... (Rosa)

“... cuando en pacientes que tiene enfermedad crónica en etapa terminal, sin probabilidades de recuperación, aunque uno y la familia quisiera ... uno se pregunta, cuanto más tiempo va a estar conectado al ventilador o inotrópicos...solo para que viva...creo que faltamos el respeto a su persona no permitiéndole una muerte digna...natural ”... (azucena)

No cabe duda que las enfermeras de UCIN, enfrentan con regular frecuencia esta disyuntiva, de hasta cuando permitir, tratamientos fútiles y ser partícipes de ello, impidiendo una muerte digna del paciente. Aunque la sociedad actual ha realizado esfuerzos para emprender una asistencia de calidad, al final de la vida, y ha desarrollado herramientas y estrategias para ello, la realidad se muestra tan compleja que el desenlace de la muerte se

torna, en muchas ocasiones, complicado y mucho más aún, si no se lleva a cabo un adecuado abordaje del proceso desde sus inicios.³⁷

Estos son aspectos que condicionan la calidad en el proceso de la muerte, que muchas veces la alejan de una muerte digna, que es parte constitutiva del derecho a la vida;³⁸ el "derecho a una muerte digna", que es el derecho a vivir (humanamente) la propia muerte³⁹, en caso de que no se pueda libremente vivirla, son los profesionales de salud, enfermeras y médicos los que deberían procurar que esto suceda; situación que se incumple en la UCIN; a pesar que en los discursos se han identificado dos elementos fundamentales que se ha considerado como tal.

En primer lugar, la ausencia de sufrimiento. No sólo el sufrimiento corporal sino el que se genera en otras dimensiones de la persona, pero que puede ser totalizante. Morir dignamente, debe significar para las enfermeras, mucho más que no tener dolor. Significa también, llegar a la muerte sin culpa, sin pérdida del sentido de la vida y sin engaños, que acaben provocando un doloroso sentimiento de soledad. En segundo lugar, morir dignamente significa también el tener la posibilidad de disfrutar de los últimos momentos para aprovechar cada instante. Dedicar el último periodo de autonomía a cerrar proyectos, a realizar los sueños, a reconciliarse consigo mismo/a y con su propia historia, así como aprender a disfrutar de la dependencia y del periodo de vuelta, a la necesidad de ser cuidado por otras personas.

Por otro lado el término calidad de vida, fue definida para mejorar las condiciones de la vida humana, no puede erigirse como criterio supremo normativo, que decide y discrimina qué vidas son dignas de ser vividas y cuáles no. Esto conlleva además que la decisión sobre dicha calidad, deba ser siempre compartida entre sanitarios y paciente, sobre todo, cuando nos encontramos en situaciones en que la misma calidad esencial de la vida, puede ser vulnerada por los posibles tratamientos a realizar, esto llevará a que al mismo tiempo que se ejerce el respeto y la promoción de toda vida humana, se busque incrementar la calidad de esa vida, la actitud a mantener estará guiada siempre por el principio ético de que la dignidad humana,

nunca puede ser sometida a condiciones, y, en consecuencia, también la vida humana corporal que sostiene, y participa de esa dignidad.³⁶

Esta calidad de vida, en la UCIN, está influenciada por muchos factores tanto asistenciales (tendencia a la obstinación terapéutica) y administrativo (restricciones para estar cerca del paciente), que no solo hacen que el paciente acceda a la muerte lleno de tratamientos fútiles, sino principalmente, sin un grado de autonomía de participar en su tratamiento, aunque este sea, por medio de la participación de su familia.

Lo antes referido conlleva a que, muchas veces la enfermera que labora en UCIN pueda enfrentar, situaciones conflictivas entre permitir la supervivencia que garantice un nivel aceptable de calidad de vida o ayudar a prolongarla aun a costa de saber que no hay posibilidades de recuperación, estas experiencias han sido vividas por las enfermeras de la siguiente manera:

“... cuando corresponde poner los parámetros mínimos de ventiloterapia al paciente con enfermedad en fase terminal... que prácticamente está esperando la muerte... nosotros no queremos que el paciente fallezca en el turno, por no decirle a la familia...el médico imenos!, hacemos uso de toda la tecnología para prolongar la vida... aun sabiendo que esta persona ya no tiene calidad de vida...sinceramente creo que no está bien...” (Tulipán)

“... cuando un paciente esta con enfermedad terminal, está conectado a un ventilador mecánico..... y suenan las alarmas porque hay un paro cardio pulmonar...se empieza la reanimación (que no debería), sabemos que debe ser los primeros 5 minutos pero esta se prolonga hasta más de una hora... solo por no querer tener que incrementar una defunción más en su turno...el paciente vive pero sin calidad de vida. No se puede evitar la tecnología avanza,... pero debe ir a la par de la practica ética, en el cuidado de los pacientes”... (Violeta)

Los discursos reafirman una falencia de las enfermeras de UCIN, en relación a la concepción del morir y la calidad de vida, en relación con el sentido que puede tener la muerte, el filósofo Levinas⁴⁰ plantea que su sentido

se manifiesta en la relación con la muerte del prójimo, por la comparación con la amenaza que pesa sobre nuestro ser, pero también, la muerte, para este autor, indica un sentido que sorprende, abriendo ante nosotros un enigma irresoluble. Para él la muerte es algo necesario para la unicidad del yo, ya que sólo al final de la vida se completaría la unicidad del ser..., prolongar la vida innecesariamente no solo atenta contra la calidad de vida, sino por cierto, trastoca la concepción unitaria de la persona

La situación terminal constituye, por encima de todo eso, una amenaza a la integridad del hombre, a su dignidad personal, que pone a prueba al enfermo y a los que le atienden. Y cuando esto se comprende, los resultados no se hacen esperar, solo se actúa en bien del paciente y su calidad de vida, situación que no evidencian los discursos emitidos por las enfermeras

Conviene señalar que el papel de los profesionales de la salud, es sopesar el valor, eficacia y proporcionalidad de los medios de que disponen, no de juzgar el valor de las vidas que les son confiadas, sin embargo, algunos médicos y enfermeras, en los que ha calado profundamente una idea radical de la calidad de vida, consideran que hay vidas tan carentes de calidad y dignidad, que son merecedoras de atención médica;⁴¹ fútiles y sin sentido humano

Se refuerza lo dicho, con una denominación de origen cristiano-estoico, recuperada por Vogelsanger⁴¹; *Res sacra miser*. Con esta se expresa de modo magnífico la especial situación de la humanidad del enfermo, en el campo de tensiones de la enfermedad terminal. Traduce de maravilla la coexistencia de lo sagrado e indeclinablemente digno de toda vida humana, con la miseria causada por la enfermedad. Cuando al enfermo se le considera a esta luz, como algo a la vez digno y miserable, podemos reconocer su condición a la vez inviolable y necesitada.

Como se aprecia en los discursos, el uso de la tecnología, a veces podría llevar a la obstinación terapéutica, la cual es el conjunto de iniciativas clínico-asistenciales de carácter excepcional con las que se interviene en el caso de

una persona con enfermedad terminal, a fin de retrasar a toda costa su muerte, aun sabiendo que no se dispone ya de terapias capaces de bloquear el mal.⁴² sin apreciar el valor de la muerte digna y la trascendencia de la calidad de vida para todo persona.

III CATEGORÍA: GÉNESIS DE LOS CONFLICTOS ÉTICOS EN ENFERMERÍA CENTRADOS EN LA HEGEMONÍA UNILATERAL EN EL TRATAMIENTO

Idealmente, la toma de decisiones y acciones éticas deberá ser guiada por un conocimiento teórico – práctico, una práctica competente y la consideración de los valores individuales de todos los involucrados en los conflictos, especialmente los del paciente. El papel central de la enfermera, en la provisión del cuidado, y su estrecha relación con el paciente, hace que afronten dilemas y conflictos éticos a diario, pero al mismo tiempo, les permite participar desde una posición privilegiada, en el análisis y la resolución de dichos conflictos. Sin embargo, muchas enfermeras no se involucran activamente, con los asuntos éticos propios de su oficio y por ello su visión ética es poco tenida en cuenta. Como resultado, prima la visión del médico o de otros profesionales, no siempre con el mejor interés para el paciente.⁴³

Por todo lo anterior, se deduce que uno de los principales conflictos que enfrenta la enfermera de UCIN, es la hegemonía unilateral en el tratamiento, atribuida al personal médico, lo cual no permite la práctica de la Advocacia de la enfermera, en el cuidado ético del paciente, en el final de la vida, sometidos al uso indiscriminado de la tecnología, estas situaciones se debaten con mayor precisión en las siguientes sub-categorías:

3 a.- Sub categoría: La hegemonía unilateral en el tratamiento

Para revestir esta situación generadora de conflictos éticos, es necesario promover la formación, el análisis y la discusión ética en enfermería, hasta convertirla en una actividad permanente de la vida profesional, en lugar de ser algo que sólo es discutido cuando surge un problema. El beneficio de la discusión ética no es solo para el paciente, sino

para la enfermera en sí misma y para toda la sociedad en general, debe estar capacitada para argumentar su desacuerdo en determinadas situaciones y no convertirse exclusivamente en cumplidora de prescripciones, que se dan de manera unilateral, esta situación es expresada en el siguiente discurso:

“.....muchas veces los médicos... juegan un papel importante en la atención de los pacientes con enfermedad terminal...en el plan que no quieren que el paciente muera en su turno, ...te indican que ... le administren atropina, adrenalina, expansores plasmáticos, Dopamina, ponerlo en ventilación mecánica, catéter central, etc... sabiendo que el paciente no va a vivir y que simplemente lo que no quieren es que eso suceda en su turno”... también algunas enfermeras están de acuerdo con ese proceder...(rosa)

“...cuando una persona está en fase terminal se le debe dar soporte vital... (Hidratación, alimentación...) hasta que tenga una muerte natural...sin embargo, los médicos invaden a los pacientes, administran inotrópicos y quieren realizarle todos los procedimientos, muchas veces como enfermeras damos nuestra opinión, pero prevalece el criterio médico,...y lo peor no hay a quien decirle...o que dé su opinión de si está bien o no, lo que se está haciendo”... (Orquídea).

Los discursos son aseverativos, en cuanto a la carencia de alianzas para el tratamiento⁴⁴, se permite irrestrictamente la hegemonía médica, lo cual muestra una impericia moral, significa no estar preparado para manejar una situación éticamente conflictiva, puesto que la enfermera carece de los conocimientos y las habilidades para enfrentarse al problema, permitiendo una actitud hegemónica, unilateral del médico.

En relación a ello Immanuel Wallerstein⁴⁵, se refiere a la Hegemonía como un sistema normativo “basado en la dominación, coerción, explotación y la desigualdad, evitando el termino dirección o cualquier cualidad positiva que se le atribuya”; en estas áreas, muchas veces no solo el

paciente y la familia, sino los otros miembros del equipo de salud, atribuyen esta potestad al médico, quien muchas veces juega a "querer ser Dios", pretendiendo decidir en qué momento debe morir el paciente: " en mi turno no ", la falta de cultura ética, involucra a la enfermera en este juego, alejándola del cuidado del paciente en la etapa final de la vida, negándose su rol advocador, este rol se discute en la siguiente sub categoría:

b. Sub categoría: La falta de capacitación para asumir la Advocacia del cuidado ético.

El termino Advocacia⁴⁶ se deriva de la "advocatus" es decir, uno que es llamado a declarar, y está directamente relacionado con el término "abogado", que, intercede y habla por o en nombre de otra persona. Fuera de su significado en el ámbito jurídico, es un reto para cualquier disciplina, por tanto la Advocacia a pesar de no ser una actividad exclusiva para la enfermera, si es imprescindible que la promueva en su labor profesional, pues las enfermeras son responsables de ayudar a los pacientes a aclarar sus deseos y de discernir sus valores en un determinado situación, tomar decisiones, expresar y reafirmar estos valores, situación que se convierte en significativa cuando el paciente se encuentra hospitalizada en UCIN en el final de la vida, sin embargo cuando la enfermera no está posicionada de su labor suele dejarse llevar por la hegemonía del tratamiento esto se traduce en el siguiente discurso

"... los médicos, a veces cuando nos oponemos a situaciones que van contra la dignidad y respeto de la persona, como por ejemplo desistir de seguir en una RCP de más de una hora, no lo toman en serio, hasta creen que estamos bromeando... es que no lo hacemos con mucha convicción...no hay un empoderamiento de nuestro rol de defensoras de los derechos de los pacientes...falta liderazgo, conocimiento y talvez normatividad, para apoyarnos en ello... (rosa)

Cuando veo a esos tres o cuatro pacientes que están meses y hasta años, tú lo sabes, conectados a ventiladores, algunos consientes otros no, siento un cierto grado de culpa, porque me cuestiono, porque no digo idéjenlo morir

en paz! ...aplicamos toda la tecnología, pero quien se atreve a preguntarle al paciente si le gusta seguir viviendo así?...no es que se le deje de cuidar, o se le retire el ventilador... sino que estos cuidados deben respetar su condición humana...y como enfermeras debemos defenderlo... (Orquídea)

Frente a la situación expuesta se debe reflexionar respecto a lo que Moreno⁴⁷ manifiesta: hacer las cosas bien técnicamente, demuestra un gran compromiso a nivel ético. Por otra parte, una decisión que de verdad quiera integrar el componente ético y clínico, no puede olvidarse de los valores del sujeto, de la persona, de la familia o el grupo. Por tanto la enfermera ha de convertirse en defensora del paciente. ya que el usuario, si verdaderamente pudiese ejercer su poder con autonomía, no necesitaría esta defensa, por eso, es necesario que las enfermeras/os y el resto de profesionales de la salud adquieran un compromiso fuerte, por defender al paciente y orientarle sobre la utilización adecuada de los recursos.

En este sentido, el papel de “nursing advocacy”, debe ser visto como un papel necesario hasta conseguir que el usuario, ejerza su autonomía de forma independiente,⁴⁶ en tanto la enfermera de UCIN, lugar de múltiples conflictos éticos, sobre todo por uso indiscriminado de la tecnología, en los pacientes en el final de la vida, demuestren, en su actuar, una tibia intención de implementar un sistema de cuidados, que garanticen el respeto a la dignidad de la persona, su Advocacia, no la puede aplicar, por falta de preparación ética, capacitación en la ética del cuidado y el respaldo institucional, a través de un órgano que se encargue de dilucidar esta problemática de manera colegiada, los comités de ética hospitalaria, serian la respuesta verosímilmente correcta a los graves dilemas de índole moral, que se manifiestan cada vez más, en la práctica de la medicina, que también involucran a la enfermera.

CONSIDERACIONES FINALES

1. La incertidumbre moral en las enfermeras que laboran en la UCIN, en relación a que si sus cuidados se prodigan para la restauración de la vida o para la muerte, se origina, al no saber tomar una decisión ética en las intervenciones de enfermería, en los pacientes al final de la vida, sometidos a tratamientos con uso indiscriminado de tecnología, con riesgo de direccionarlo a una obstinación terapéutica, con los conflictos éticos que de ello se derivan.
2. Morir con dignidad o sobrevivir sin calidad de vida, es la más grande disyuntiva en el cuidado que brinda la enfermera, pues cuando un paciente padece una enfermedad, que no puede ser curada o tratada y se espera como resultado la muerte, muchas veces las enfermeras de UCIN, se ven enfrentadas a seguir cuidándolo, sin considerar la calidad de vida, suscitándose situaciones conflictivas, al tratar de enfrentar la disyuntiva entre desacatar una prescripción médica o en todo caso, continuar con la utilización de la tecnología fútil para el cuidado.
3. Los profesionales de enfermería reconocen como la génesis de los principales conflictos éticos en su desempeño, a la hegemonía unilateral en el tratamiento, que se le atribuye al profesional médico, que en una extrema actitud, se adjudica la posibilidad de decidir cuándo se debe producir la muerte del paciente, así también su falta de conocimientos de la ciencia ética, limita su argumentación para actuar en defensa de una muerte digna del paciente, aunada a la falta de un actuar ético, corporativo y homogéneo, de todas las enfermeras, como fuerza moral en la disyuntiva de cuidar para solo vivir o para una muerte digna de la persona.
4. La práctica de la Advocacia de la enfermera, frente a los derechos del paciente que incluye la defensa del derecho a una muerte digna, es

débil, lo cual no le permite decisiones y acciones éticas guiadas por un conocimiento teórico – práctico, y desde una posición privilegiada en el análisis y la resolución de dichos conflictos, de allí que su visión ética sobre el cuidado en el final de la vida y el uso de la tecnología, para procurar sin más la muerte digna de la persona, es poco tenida en cuenta.

RECOMENDACIONES

Después de efectuar el análisis e interpretación de los resultados y haber arribado a algunas consideraciones finales en relación a los conflictos éticos vivenciados por las enfermeras que labora en UCIN, la investigadora se permite las siguientes recomendaciones:

- 1- Motivar la participación de los profesionales de la salud en Diplomados y Maestrías en Ética y Bioética, para reforzar aspectos relacionados a la muerte, muerte encefálica, obstinación terapéutica, proporcionalidad de tratamientos, calidad de vida, morir con dignidad, entre otros.
- 2- Promover la formación, el análisis y la discusión ética en enfermería hasta convertirla en una actividad permanente de la vida profesional, en lugar de ser algo que sólo es discutido cuando surge un problema, así se garantizara un actuar colegiado.
- 3- Realizar coloquios interdisciplinarios o reuniones periódicas para la discusión de conflictos éticos, que evidencian las enfermeras y el resto de los profesionales de la salud de la UCIN, HBAAA, con sus pares de otras instituciones, para tener mayor claridad del concepto muerte digna y calidad de vida, en los pacientes con enfermedad terminal, sometidos a las beneficios de la tecnología sanitaria.
- 4- Instaurar o Potenciar el Comité de Ética de la UCIN, invitando profesionales competentes en el área, para la formación ética del personal de salud, en donde se discutan estas situaciones relacionadas a los conflictos éticos al final de la vida en pacientes con uso indiscriminado de tecnología sanitaria, de tal manera que se tomen decisiones colegiadas de carácter mandatorio, en esta y otros casos de conflicto o dilemas éticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DHEW. The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection. Publication No. (OS) 78-0014. Washington DC. [Acceso 20 marzo 2016]. disponible en https://videocast.nih.gov/pdf/ohrp_appendix_belmont_report_vol_2.pdf
2. Norman. Comunidad Bioética y Legislación Tomo 1 y 2. 1993. Morales A. ¿Que derechos asisten a los enfermos terminales? [Acceso 28 marzo 2016], citado en http://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/09-que-derechos-asisten-a-los-enfermos-terminales-morales_2.pdf
3. RVM-PARTE III. Temas éticos que preocupan a los profesionales de enfermería. [Acceso 20 abril 2016]. Disponible en http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2906/04.rvm_parte_iii
4. Lázaro y Mercado PL. Desarrollo, innovación y evaluación de la tecnología médica. En: Sociedad Española de Salud Pública. La Salud Pública y el Futuro Estado de Bienestar. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998:345-373
5. Pessini L. Bioética y cuestiones éticas esenciales en el final de la vida. En: Stepke FL, editor. Diálogo y cooperación en salud. Diez años de bioética en la OPS. Santiago de Chile: OPS/OMS; 2004.
6. Falcó A M. Análisis de la conflictividad ética en los profesionales de enfermería de las unidades de cuidados intensivos .2012 Universidad de Barcelona, [Acceso 20 abril 2016] disponible en: http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/84082/AMFP_TESIS.pdf;jsessionid=04E45680F9F17E734F5522BEEEB2AF99?sequence=4
7. Valls R. Diseño de programas para la formación ética de los profesionales de Enfermería. España 2006. Tesis Doctoral. [Acceso 12.01-2017] disponible en <http://hdl.handle.net/10803/2906>
8. López A, González J, Rincón N, Piñeiro J. Tecnología Médica: Problemas éticos y necesidad de su evaluación. Art. en VERITAS. Rev. Electrónica. México. Vol. 1, año 2013. [Acceso 02.01-2017] disponible en https://issuu.com/zambramno/docs/revista_electr_nica_equipo_5_
9. Carrasco M. El deber cuidado frente al derecho a morir [tesis]. Chiclayo: Universidad Particular Santo Toribio de Mogrovejo. Facultad de Medicina; 2011. <http://repositorio.usat.edu.pe/handle/usat/153>
10. Pérez J y Merino M. Definición de. Publicado: 2011. Actualizado: 2014 [Acceso 02.01-2017] <http://definición.De/dilema>.
11. Arango G. Conflictos Éticos que se presentan a médicos de tres centros hospitalarios de Bogotá. (rev. latinoam. bioet. / ISSN 1657-4702 / Volumen

15 / Número 1 / Edición 28 / Páginas 108-119 / 2015) [Acceso 02.01-2017]
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfb/v15n1/v15n1a10.pdf>

12. Beauchamp T y Childress J. Principios de Ética Biomédica, - Bioética & Debat · 2011. [Acceso 02.11-2016] disponible en http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/facultad_agronomia/Bioetica.pdf
13. Sánchez L. Conflictos éticos en la relación terapéutica en enfermería. Universidad de la sabana. Bogotá; 2012. [Acceso 08.11-2016] disponible en argentina.oer.bvsalud.org/downloads/235/Lorena%20Sánchez%20Rubio_152835.
14. De Simone G. El final de la vida: situaciones clínicas y cuestionamientos éticos. Acta bioeth. [Internet]. 2000 Jun [citado 2017 Ene 14]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-.
15. Osakidetza. Servicio Vasco de Salud. La información y el consentimiento informado. Comisiones Promotoras de los Comités de Ética Asistencial del País Vasco. [Citado 2017 Ene 21] http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cbil_legislacion/es_cbil/adjuntos/infor_cast.pdf.
16. Gracia D, Jarabo Y, Espildora N. Toma de decisiones en el paciente menor de edad. Med Clin (Barcelona) 2001; 117: 179-190. [Citado 2017 Ene 19] http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/prevem/toma_de_decisiones_en_el_paciente_menor_de_edad_diego_gracia.doc
17. Couceiro A. Tecnología, dolor y sufrimiento en las unidades de críticos. Humanitas. 2004 [Citado 2017 Ene 15] disponible en ; [http://alfama.sim.ucm.es/wwwisis2/wwwisis.exe/\[in=enlink.in\]/?mfn=042012&campo=v300&occ=1](http://alfama.sim.ucm.es/wwwisis2/wwwisis.exe/[in=enlink.in]/?mfn=042012&campo=v300&occ=1)
18. Barbero Gutiérrez J. Sufrimiento y responsabilidad moral. Humanitas. 2004. [Citado 2017 Ene 08], disponible en <http://scielo.sld.cu/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S0864-0319200800010000700021&Ing=es&pid=S0864-03192008000100007>
19. MINSA. Norma Técnica de los servicios de Cuidados Intensivos de los Hospitales del Sector Salud 2004. [Citado 15-01-2017] disponible en <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/.../Norma%20Técnica%20Unidad%20Cuidados>
20. Sánchez A, Sánchez V, y Bello M. Aspectos éticos de los cuidados intensivos. Hosp. Universitario "Faustino Pérez". Rev. Cubana Medicina Intensiva y Emergencia. [Citado 15-01-2017] disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol2_4_03/mie15403.htm

21. Pineda E, De Alvarado E. Metodología de la investigación. 3ra ed. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
22. Bernal A. Metodología de la Investigación. 2da Edición, editorial Pearson Educación, México. 2006
23. Lupisino I. Metodología de la investigación cualitativa. Aljibes. S.L. España. 2003
24. Demo. P Metodología Científica en Ciencias de la Salud. Editorial Atlas S: A: Brasil 1995
25. EsSalud. Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo- Oficina de Estadística 2014. Chiclayo. Perú.
26. Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la investigación Cualitativa. Edit. Aljibe, Málaga, 1996
27. Mons. Elio Sgreccia. Bioética personalista: principios y Orientaciones 2008 [Citado 15-01-2017] disponible en <http://www.bioeticaweb.com/bioactica-personalista-y-bioactica-principialista-perspectivas/>
28. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Cuarta edición. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2000.
29. Thomas y Garrido G. la Bioética: Un compromiso existencial y científico: Fundamentos y reflexiones. Ed España: Quaderna Editores; 2005.
30. VI-jornada-de-aspectos-eticos-de-la-investigacion-biomedica-nuevos-retos-nuevas-soluciones/ [Citado 15-01-2017] disponible en <http://www.bioeticaweb.com/>
31. Villablanca P, Vargas I. Ética en enfermería: incertidumbre en la efectividad de un tratamiento en un lactante con síndrome de intestino corto Pontificia Universidad Católica de Chile 2012. acceso 16.01.2017, disponible en. <http://revistahorizonte.uc.cl/23-2-2012/282-etica-en-enfermeria-incertidumbre-en-la-efectividad-de-un-tratamiento-en-un-lactante-con-sindrome-de-intestino-corto>
32. Narro J, Rodríguez J, Viesca C, Abreu L. Ética y salud: Retos y reflexiones. Gac. Méd. Méx [revista en la Internet]. 2004 Dic [citado 2017 Ene 16]; Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132004000600017&lng=es.
33. Tomaschewski-Barlem Jamila Geri. O Exercício Da Advocacia Do Paciente Pelos Enfermeiros: Uma Perspectiva Foucaultiana, Rio Grande 2014

34. Regina da Luz K, De Oliveira M, Henrique P et al Problemas éticos vividos por enfermeros oncológicos Rev. Latino-Am. Enfermagem nov.-dic. 2015 [citado 2017 Ene 16] disponible en www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/es_0104-1169-rlae-23-06-01187.pdf
35. Sánchez Rubio Lorena. Conflictos éticos en la relación terapéutica en enfermería. Universidad de la sabana. Bogotá; 2012.
36. Pastor García, Luis Miguel. ¿Qué significado hay que dar al término «calidad de vida» en bioética.? Cuadernos de Bioética, vol. XVII, núm. 3, septiembre-diciembre, 2006, pp. 401-409 Asociación Española de Bioética y Ética Médica Murcia, España
37. Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Grijalbo; 1969. el "derecho a una muerte digna" que es el derecho a vivir (humanamente) la propia muerte. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-
38. Cortez J, Aspectos bioéticos del final de la vida: El derecho a morir con dignidad [citado 2017 Ene 24] disponible en <http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/chc/v51n2/v51n2a13.pdf>
39. Gempeler F, Derecho a morir dignamente [citado 2017 Ene 16] disponible en <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v56n2/derecho%20a%20morir.pdf>
40. Levinas E, Etica filosofica en obra Totalidad e infinitos [citado 2017 Ene 21] disponible en <http://www.monografias.com/trabajos81/etica-filosofica-emmanuel-levinas-obra-totalidad-e-infinito/etica-filosofica-emmanuel-levinas-obra-totalidad-e-infinito2.shtml#ixzz4Wj1Knyj9>
41. Herranz G. La Medicina Paliativa, ejercicio de ciencia y de humanidad, [citado 2017 Ene 15] disponible en <http://www.aceprensa.com/articles/2008/oct/01/cuando-ya-no-se-puede-curar/>
42. Taboada P, Rodríguez A, Vercellino M. Dimensión ética del morir. Ars Médica. 2000; 2:31-44. [citado 2017 Ene 15] disponible en revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/16356
43. Rodríguez R. Control De Síntomas en el Enfermo de Cáncer Terminal. Servicio Canario de Salud [citado 2017 Ene 25] www.elgotero.com/.../Control%20de%20Síntomas%20en%20el%20Enfermo%20de%...
44. Sánchez L. Conflicto éticos en la relación terapéutica en enfermería. Facultad de medicina universidad de la Sabana. Bogotá. 2012.

[citado 2017 Ene 25]
argentina.oer.bvsalud.org/downloads/235/Lorena%20Sánchez%20Rubio_
152835.pdf

45. Immanuel Wallerstein. El concepto de hegemonía [citado 2017 Ene 28]

<http://studylib.es/doc/5205642/cap%C3%ADtulo-1-la-hegemon%C3%ADa>

46. Tomaszewski-Barlem Jamila Geri. O Exercício Da Advocacia Do Paciente Pelos Enfermeiros: Uma Perspectiva Foucaultiana, Rio Grande 2014.

47 Moreno C, Enfermera y Consellera del Consell de Mallorca: Entrevista” Todo lo que he aprendido y ha valido la pena me lo han enseñado las personas”. citado 2017 Ene 28] disponible en:

<https://detotselscolors.wordpress.com/tag/conflictos-eticos-en-enfermeria/>

ANEXOS

Consentimiento informado

Yo _____ identificado (a) con DNI _____ declaro que habiendo sido invitada a participar en un proyecto de investigación titulado: **Actuar de la enfermera ante conflictos éticos en el final de la vida por uso indiscriminado de Tecnología**, y habiendo sido informado de forma clara y precisa sobre mi participación y se me ha garantizado que:

- Los datos obtenidos serán tratados y analizados considerando los principios éticos y científicos que rigen la investigación, para lo cual se me asignara un seudónimo.
- La entrevista durara en promedio 30 minutos.
- Si opto por retirarme, no tendré ningún tipo de sanción, ni represalia alguna.

Por lo informado es que **otorgo mi consentimiento**, que lo certifico con mi firma de puño y letra para que se me realice y grabe, dicha entrevista.

Chiclayo, _____ 2016

Firma del Participante

ANEXO N° 02

GUÍA DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA

Instrucciones:

La presente entrevista, es de carácter confidencial y anónimo, está dirigida a las Enfermeras del servicio de UCIN. Los objetivos del estudio son: Identificar, describir y analizar el **Actuar de la enfermera ante conflictos éticos en el final de la vida por uso indiscriminado de Tecnología.**

A continuación se presentan preguntas, que deberán ser contestadas según se solicite; se pide veracidad y colaboración.

Del formulario:

N°: Fecha: Lugar:

De la persona entrevistada: Seudónimo:

II. Datos Generales:

Sexo: Edad: Estado Civil: Religión:

III.- Datos Específicos: Preguntas Orientadoras

1. ¿Qué es un conflicto ético para usted?
2. ¿Qué conflictos éticos ha experimentado en el cuidado de su paciente en su servicio?
3. ¿Cree usted que el uso de la tecnología influye en la aparición o la solución de los conflictos éticos?
4. ¿Cuál es su actitud frente a estos conflictos?
5. ¿Deseas agregar algo más?

Muchas gracias.