



**Universidad Nacional de Lanús
Departamento de Humanidades y Artes**

Maestría en Metodología de la Investigación Científica

**Dilemas éticos frente a pacientes dependientes.
Repercusiones emocionales y desafíos éticos de médicos y
enfermeros de los servicios de guardia y áreas críticas.**

**Un estudio a médicos y enfermeros de instituciones de
salud de la Provincia de Buenos Aires (2023)**

Director de tesis:

Mg. Prof. Mercedes Freiman

Tesista:

Esp. Prof. Lic. Laura C. E. Bellini

Fecha de finalización:

Luján, julio 2024

Agradecimientos

Con el corazón lleno de gratitud y siguiendo el legado de lealtad y reconocimiento que me dejó mi padre, quiero reconocer a quienes han sido faros en este camino.

A mis maestros, Prof. Cristina Ambrosini, Prof. Andrés Mombru Ruggiero y Prof. Roxana Ynoub, quienes con sabiduría y pasión me enamoraron de esta maravillosa disciplina y me ayudaron a descubrir mi vocación. Al Prof. Alejandro Brianza, cuya voz a través de los podcasts desentrañó complejas teorías y conceptos. A la Prof. Cecilia Pourrieux, Ma. Sol Terlizzi y a la asistente Camila L. Sanz, por su amable acompañamiento y apoyo durante todo el proceso.

A la Mter. Mercedes Freiman, mi mentora y guía, quien tiene mi admiración. A la Prof. Martha Guaymas, quien despertó en mí la curiosidad insaciable por la investigación.

A mis amigas y compañeras de trabajo, las Prof. Nora Carra y Patricia Cruzate, quienes con generosidad y sin dudar me brindaron su ayuda para que esta presentación sea un reflejo fiel de los hallazgos y conclusiones de la investigación.

A mi hijo Jeremías, mi compañero incondicional, quien comprendió y aceptó los sacrificios que esta etapa implicó. Y a mi ángel Juani, quien desde el otro lado del sol me da fuerzas para seguir adelante. Hijo, creo que he cumplido mi promesa, y sé que todo en la vida tiene un propósito y que nada sucede por casualidad.

A todos ustedes, gracias por permitirme aportar un granito de arena al conocimiento y por ayudarme a cumplir mi objetivo.

Laura C. E. Bellini

Índice

1. Marco Introductorio

1.1. Resumen del Proyecto.....	7
1.2. Palabras Claves.....	8
1.3. Abstract.....	9
1.4. Keywords.....	10

2. Ideación del Objeto por Investigar

2.1 Planteo del Tema de Investigación.....	11
2.2. Pregunta de Investigación.....	12
2.3. Justificación.....	13
2.4. Objetivos	
2.4.1. Objetivo General.....	18
2.4.2. Objetivos Específicos.....	18
2.5. Hipótesis.....	18
2.6. Contextualización.....	19

3. Marco Teórico Conceptual

3.1. Marco Teórico o Teórico Metodológico

3.1.1. Impacto emocional.....	21
-------------------------------	----

3.1.2. Dilemas éticos.....	24
3.1.3. Ensañamiento terapéutico.....	32
3.1.4. La muerte.....	34
3.1.5. Valores en los profesionales de la salud.....	36
3.1.6. El acto del cuidado.....	38
3.1.6.1. Primer atributo: el ser humano.....	39
3.1.6.2. Segundo atributo: relación profesional – usuario.....	40
3.1.6.3. Tercer atributo: el acto del cuidado.....	41
3.1.6.4. Cuarto atributo: la comunicación.....	42
3.1.6.5. Quinto atributo: paradigma holístico.....	43
3.1.7. Factores en la toma de decisiones.....	43
3.1.8. Instituciones de salud.....	46
3.1.9. Protocolos de actuación.....	49
 4. Estado del Arte o Estado en Cuestión	
4.1. Estudios Nacionales.....	51
4.2. Estudios Internacionales.....	55
 5. Metodología	
5.1. Tipo de Estudio.....	60
5.2. Diseño de Investigación.....	60

5.3. Universo o Población Blanco.....	61
5.4. Muestra.....	61
5.5. Unidad de Análisis.....	61
5.6. Criterios de Inclusión / Exclusión.....	62
5.7. Tipo de Muestreo.....	62
5.8. Plan Estadístico.....	62
5.9. Instrumento de Recolección de Datos.....	63
6- Operacionalización de la Variable	
6.1. Operacionalización de la Variable – Cuantitativo.....	65
6.2. Codificación – Cualitativo.....	75
7. Marco Empírico	
7.1. Plan de Tabulación y Análisis de Datos.....	87
7.2. Reporte de Datos.....	115
8. Marco Interpretativo	
8.1. Interpretación de los Resultados.....	181
8.2. Discusión y Comentarios.....	184
9. Marco Conclusivo	
9.1. Conclusión.....	187
9.2. Recomendaciones.....	190

10. Bibliografía.....	192
11. Anexos	
11.1. Instrumento de recolección de datos.....	198
11.2. Consentimiento informado.....	205
11.3. Escala de Valoración Gestual – Expresiones faciales universales.....	207
11.4. Conducta no verbal y conducta extralingüística.....	208
11.5. Declaraciones Universales de los Derechos Humanos.....	209
11.6. Relato.....	217

1. Marco introductorio

1.1 Resumen del Proyecto

El personal de enfermería desempeña un papel fundamental en el cuidado de los pacientes, tanto en su bienestar físico como emocional. Sin embargo, esta labor puede tener un impacto psicológico significativo en los profesionales, quienes a menudo experimentan altos niveles de estrés, ansiedad y otros problemas de salud mental. La enfermería moderna, tal como la conocemos hoy, surgió en el siglo XIX gracias a Florence Nightingale, quien revolucionó la profesión y estableció estándares de formación y ética. Hoy en día, los profesionales de enfermería deben combinar conocimientos científicos con una profunda sensibilidad humana para brindar atención de calidad a los pacientes. La ética es un componente esencial de la enfermería, ya que los enfermeros a menudo se enfrentan a dilemas éticos en su práctica diaria. Esta es una profesión universal que se basa en el respeto por la vida y la dignidad humana, sin discriminación alguna. La ética de la enfermería guía el comportamiento profesional y establece los límites en la toma de decisiones, siempre respetando la autonomía y la dignidad del paciente.

Esta investigación busca comprender por qué a veces se persiste en tratamientos fútiles, si los profesionales de la salud están preparados para escuchar y respetar las decisiones de las familias, y hasta qué punto es legítimo cuestionar o influir en esas decisiones. Además, se analizará la existencia y aplicación de protocolos de atención y su influencia en el manejo emocional de estas situaciones. El enfoque de investigación es cualicuantitativo, de diseño de investigación narrativo, por lo que se recolectan datos sobre las historias de vida y experiencias del personal de salud para describirlas y analizarlas, lo que ayuda a procesar cuestiones que

hacen a la toma de decisiones; diseño de investigación no experimental transversal, dado que no se manipulan las variables de estudio y los datos son recogidos en un tiempo exacto. El instrumento de recolección de datos utilizado es una entrevista semiestructurada, y observación participativa, teniendo una muestra de 18 médicos y enfermeros, de instituciones públicas y privadas de la Provincia de Buenos Aires (Htal. Provincial Ntra. Sra. De Luján, Clínica Güemes, Htal. Prof. Dr. Luis Güemes, Htal Nacional Dr. Baldomero Sommer, Htal. Materno Estella de Carlotto, Clínica Modelo de Morón) que se desempeñen en los servicios los servicios guardia, cuidados intensivos, adultos, neonatal, pediatría.

Los resultados muestran que los profesionales de la salud experimentan tristeza y desmoronamiento emocional ante la muerte de un paciente, enfrentándose a complejidades emocionales y éticas en su práctica diaria. También se puede identificar que estos vivenciaron ensañamiento terapéutico. El personal de salud no está familiarizado con el uso de los protocolos de actuación, esto se debe a no haber recibido la capacitación adecuada sobre su uso, falta de comprensión sobre la importancia del protocolo y sus beneficios, resistencia a los cambios, dado a que los profesionales suelen estar acostumbrados a trabajar de cierta manera y resistirse a adoptar nuevos procedimientos. Es importante destacar que la implementación exitosa de un protocolo requiere un fuerte liderazgo y compromiso por parte de los jefes y los profesionales de la salud.

1.2. Palabras clave

Impacto emocional, ética, moral, toma de decisiones, valores, protocolo de actuación

1.2 Abstract

Nursing staff play a fundamental role in caring for patients, both in their physical and emotional well-being. However, this work can have a significant psychological impact on professionals, who often experience high levels of stress, anxiety and other mental health problems. Modern nursing, as we know it today, emerged in the 19th century thanks to, Florence Nightingale, who revolutionized the profession and established standards of training and ethics. Today, nursing professionals must combine scientific knowledge with deep human sensitivity to provide quality care to patients. Ethics is an essential component of nursing, as nurses often face ethical dilemmas in their daily practice. This is a universal profession that is based on respect for life and human dignity, without any discrimination. Nursing ethics guide professional behavior and establish the limits in decision-making, always respecting the autonomy and dignity of the patient.

This research seeks to understand why futile treatments are sometimes persisted, whether health professionals are prepared to listen to and respect the decisions of families, and to what extent it is legitimate to question or influence these decisions. In addition, the existence and application of care protocols and their influence on the emotional management of these situations will be analyzed. The research approach is qualitative-quantitative, with a narrative research design, so data is collected on the life stories and experiences of health personnel to describe and analyze them, which helps to process issues that affect decision-making; cross-sectional non-experimental research design, since the study variables are not manipulated and the data are collected at a specific time. The data collection instrument used is a semi-structured interview and participatory observation, with a sample of 18 doctors and nurses from public and private institutions in the Province of Buenos Aires (Htal. Provincial Ntra. Sra. De Luján, Clínica Güemes, Htal. Prof. Dr. Luis Güemes, Htal Nacional Dr. Baldomero Sommer, Htal.

Materno Estella de Carlotto, Clínica Modelo de Morón) who work in the emergency services, intensive care, adult, neonatal, and pediatric services.

The results show that health professionals experience sadness and emotional breakdown when faced with the death of a patient, facing emotional and ethical complexities in their daily practice. It can also be identified that they experienced therapeutic cruelty. Health personnel are not familiar with the use of operating protocols, this is due to not having received adequate training on their use, lack of understanding of the importance of the protocol and its benefits, resistance to change, given that professionals are often accustomed to working in a certain way and resist adopting new procedures. It is important to highlight that the successful implementation of a protocol requires strong leadership and commitment on the part of managers and health professionals.

1.4 Keywords

Emotional impact, ethics, morality, decision making, values, action protocol

2. Ideación del Objeto por investigar

2.1 Planteo del Tema de Investigación

El tema de investigación surge de un caso, que movilizó a la localidad de Luján, en el año 2016, específicamente un 11 de septiembre.

Un niño de doce años había sido ingresado a la guardia del Hospital Nuestra Señora de Luján, Provincia de Buenos Aires, traído por los bomberos voluntarios, tras sufrir un accidente domiciliario. La escena de la situación era un desconcierto, la guardia estaba colapsada de profesionales, el hall central lleno de chicos y familias.

En el parte médico se podía leer: *“Paro cardiorrespiratorio secundario a electrocución. Responde a medida de RCP avanzada tras una hora cuarenta y cinco minutos de reanimación” (11/09/2016).*

En su ya clásico libro Estupor y Coma, Plum y Posner (2011) afirman que “una isquemia cerebral completa, como en el caso de un paro cardíaco, produce la pérdida de conciencia en menos de veinte segundos (20). Al cabo de cinco minutos (5) se agotan las reservas de la glucosa y fosfatos de alta energía. A partir de ese momento, incluso aunque se reanime con éxito al paciente, este puede quedar con daño cerebral grave. Por definición, durante un paro, el flujo sanguíneo cae hasta cero (0)” (pp 206- 207). Estas consideraciones técnicas, basadas en la evidencia, y teniendo en cuenta que al paciente se lo reanimó durante una hora y cuarenta y cinco minutos (1:45 min), me planteo si existe un límite en la ética profesional.

El informe del médico legista, médico neurocirujano, Dr. Jaime A. de la Parra, deja constancia de “lesiones cerebrales irreversibles, con lesiones severas hemisféricas y centrales de sustancia gris y núcleo de la base”, “no existió circulación de sangre en cerebro durante 45 a 60 minutos” y que “se insistió 16 veces con la desfibrilación”, “Dadas las características

clínicas del caso y las complicaciones que pudieran surgir, se indica que el paciente sea retirado de terapia intensiva y derivado a una clínica de tercer nivel, acorde a sus necesidades médicas fisiátricas... no hay nada más para hacer”(22/12/2016) .

Aceptar la muerte de un paciente contrapone el objetivo del profesional médico o enfermero, cuando este deja de lado el carácter profesional. La enfermera/o atiende al paciente, enfermo o sano, y acompaña a la familia, las acciones contribuyen a mejorar la salud, o acompañarlo en el proceso de muerte. Por su parte el médico diagnostica, trata y ayuda a prevenir dolencias, proporciona información, apoyo y consuelo, además de tratamiento.

El concepto de muerte puede ser entendida, como el fin de un organismo vivo, las percepciones ante esta son dependientes de las creencias, las causas de la muerte, la edad, pero que no se vive como un hecho desadaptativo y/o mecanizado (Cartiel Arasa Ma. J, Marjorie-Thais, 2017)

Navarro Morató refiere que muchas acciones tienden a conservar la vida ante cualquier diagnóstico, sin valorar la condición del paciente, del entorno y de su familia. ¿Los profesionales de la salud estamos adecuadamente preparados para enfrentar estas situaciones y tomar decisiones difíciles con compasión y empatía?, ¿los profesionales de la salud estamos dispuestos a aceptar la muerte como parte natural de la vida y a respetar los deseos del paciente y su familia en el proceso de morir?

2.2. Pregunta de Investigación

¿Qué impacto emocional y qué dilemas éticos se generan, cuando las tomas de decisiones entre la vida y la muerte son determinantes en las condiciones de vida del sujeto de atención, dependiendo estas, de los profesionales de la salud (médicos y enfermeros)? Se toman, como instituciones para realizar la presente investigación, los servicios guardia,

cuidados intensivos, adultos, neonatal, pediatría, de algunas instituciones de salud públicas y privadas de la Provincia de Buenos Aires (Htal. Provincial Ntra. Sra. De Luján, Clínica Güemes, Htal. Prof. Dr. Luis Güemes, Htal Nacional Dr. Baldomero Sommer, Htal. Materno Estella de Carlotto, Clínica Modelo de Morón), durante el año 2023.

2.3. Justificación

Los profesionales de la salud no vemos la necesidad de proteger la salud mental, atender el bienestar emocional y abordar las situaciones de impacto emocional en el ámbito laboral. La ética profesional, marcado por el juramento hipocrático, es la base del comportamiento y del compromiso de las personas en sus trabajos, y la sociedad deposita su confianza en los profesionales que tienen una responsabilidad especial, sin embargo, en el día a día, las personas se enfrentan a obstáculos, condiciones laborales precarias, límites personales y presiones que dificultan conjugar o ponen en tensión la práctica laboral en base a códigos éticos profesionales y personales. El impacto emocional en los profesionales de la salud es un tema de creciente importancia debido a la falta de atención y recursos insuficientes para abordarlo, las instituciones no tienen un plan de acción para abordar aquellas situaciones en las que los profesionales se ven expuestos a sobrecarga emocional. No olvidemos que atender el impacto emocional en los profesionales sanitarios es clave para el correcto funcionamiento de los sistemas sanitarios y la calidad de atención a los pacientes, cuyo abordaje no solo debe ser grupal, sino también, con un enfoque individualizado.

Se diferencia ética y moral, por un lado, la *ética profesional* hace referencia a un conjunto de principios y normas que guían el comportamiento y el compromiso de los profesionales en sus trabajos; la *moral* se refiere a las creencias y prácticas de primer orden que implican un conjunto de juicios sobre lo que es moral o inmoral, correcto o incorrecto,

bueno o malo, ambos principios son aplicados en la práctica diaria de los profesionales de la salud

La enfermería no solo se encarga de la atención física de los pacientes, sino que también desempeña un rol de apoyo emocional de los pacientes y otros profesionales de la salud. Estudios han demostrado que los profesionales de enfermería están entre los más afectados por el impacto emocional de su trabajo, evidenciando tasas altas de sintomatología psicológica, como ansiedad, estrés, depresión, trastorno del sueño, entre otros.

Los médicos también se ven afectados por los mismos factores, jornada de trabajo muy larga, así como una gran sobreactividad laboral y científica, las cuales incide en variables objetivas (carga laboral, aspectos económicos, falta de autonomía, baja satisfacción profesional, etc.) que perturban el equilibrio psíquico del profesional de la salud. El ambiente suele esgrimirse como la causa imperante del estrés que sufren los médicos y enfermeros y que les conduce finalmente a esa sensación de «estar quemado».

El médico lucha denodadamente con el paciente frente a una enfermedad que nos recuerda el nihilismo del hombre y la angustia del dolor y de la muerte. En este sentido, el médico y también la enfermera sucumben en esa lucha desigual frente a un proceso lleno de sentimientos y emociones fuertemente desgarradoras (J.A. Flórez Lozano, 2002).

La enfermería surgió como profesión en la segunda mitad del siglo XIX. La inglesa Florence Nightingale es la pionera de la enfermería moderna. Con su experiencia le brindó el ímpetu necesario para organizar la enfermería en los campos de batalla de la guerra de Crimea y, más tarde, establecer el programa de formación de enfermería en el Hospital Saint Thomas, de Londres. La llegada de las escuelas de enfermería de Nightingale y los heroicos esfuerzos y reputación de esta mujer transformaron la concepción de esta labor en Europa y establecieron

las bases de su carácter moderno como profesión formalmente reconocida. Nightingale introdujo los principios éticos de la fidelidad y veracidad, lo que significa respeto y compromiso, fidelidad a los intereses de los pacientes que se atienden por encima de cualquier otro interés, siempre que no interfieran con los derechos de otros. (Benites Casimiro A. 2023).

El desarrollo de la ciencia en el campo de la salud se ha ido perfeccionando con el objetivo de satisfacer las necesidades de la población. Los profesionales de la enfermería tienen como premisa preservar o mejorar su estado de salud, vinculando los principios éticos y bioéticos en la realización de las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades. La enfermera y el enfermero requieren de una preparación con los conocimientos científicos que exige el avance tecnológico moderno alcanzado y, a la vez, deben desarrollar la sensibilidad frente a los problemas del ser humano; de ahí el carácter humanista de la profesión. La práctica profesional de la enfermería se encuentra estrechamente ligada a la ética, ya que este, es uno de los que mayor tiempo permanece cercano al paciente, al mismo tiempo que con frecuencia se enfrenta a múltiples dilemas éticos.

La necesidad de los cuidados de enfermería es universal, y el respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano son condiciones esenciales de esta profesión en la que no se hace distinción alguna de nacionalidad, raza, religión, color, edad, sexo, opinión política o posición social. La primera responsabilidad del enfermero es la consideración a las personas que necesitan su atención profesional, al proporcionarles el cuidado requerido y crear un medio en el que se respetan sus valores, costumbres y creencias (Guillart L. 2015).

Los profesionales de la salud, en cumplimiento de su deber ético y legal, mantienen estricta confidencialidad sobre la información personal y médica de sus pacientes, revelándose únicamente cuando es estrictamente necesario y justificado. Esta reserva se extiende a todos los aspectos de la atención, ya sea directa o de apoyo. Tanto enfermeros como médicos, en su

calidad de profesionales independientes, asumen la responsabilidad legal de sus acciones, decisiones y criterios clínicos. Esta responsabilidad abarca desde la evaluación inicial del paciente hasta la planificación y ejecución del tratamiento, así como el seguimiento posterior.

La enfermería y la medicina, aunque disciplinas independientes, trabajan en estrecha colaboración con otras profesiones de la salud para brindar una atención integral y de calidad a los pacientes. Esta colaboración interprofesional garantiza que cada paciente reciba el tratamiento más adecuado y completo para sus necesidades individuales.

La ética de la enfermería estudia las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, los principios que regulan dichas conductas, las motivaciones y los valores del ejercicio profesional, así como los cambios y las transformaciones a través del tiempo. Dentro de sus deberes fundamentales con los enfermos está el compromiso moral de preservar la vida humana. (Guillart L. 2015). Es preciso imponer siempre un límite a las decisiones profesionales, y este límite implica el respeto a la libre decisión del paciente, a la expresión de su personalidad en su dignidad de ser humano; se les debe ayudar y aconsejar, pero no forzar sus decisiones. Las formas y modalidades de la comunicación de la "verdad" al paciente y a sus familiares revisten la característica de obligación moral y con inusitada frecuencia imponen un dilema bioético que plantea aprender a decir la verdad, pero no toda la verdad en un instante, sino aquella parte que les beneficie y no la que les hiere. Los profesionales, a través de sus acciones, deben tener presentes, entre otros, los siguientes principios:

- Principio de beneficencia: se basa en la necesidad de no hacer daño, de siempre hacer el bien, el profesional de la salud debe ser capaz de comprender al paciente a su cargo, y ver al paciente como a él mismo.

- Principio de la no maleficencia: se trata precisamente de evitar hacer daño, evitar la imprudencia, la negligencia. Se debe prevenir el daño físico, mental, social o psicológico.

- Principio de la justicia: encierra en su significado la igualdad, la equidad y la planificación; se basa precisamente en atender primero al más necesitado; exige tratar a todas las personas por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico o escolaridad; jerarquizar adecuadamente las acciones a realizar; hacer uso racional de los recursos materiales para evitar que falten cuando más se necesiten.

- Principio de autonomía: se define como la capacidad que tiene la persona de tomar decisiones en relación con su enfermedad. Esto implica tener información de las consecuencias de las acciones a realizar. El principio de autonomía también supone respeto por las personas, tratarlas como lo que son, seres humanos con la capacidad para la toma de decisiones; para eso es necesario establecer una relación interpersonal sin coacción, ni persuasión, en la cual prevalezcan la información, las dudas y la consideración de los aspectos de su vida cotidiana. El objetivo de la información no es convencer al paciente de la propuesta que se le hace, sino que este pueda tener más argumentos para tomar decisiones relacionadas con su salud.

La aplicación y el conocimiento de los enfoques éticos y bioéticos son indispensables para modificar ideas, hábitos y conductas éticas relacionadas con el ejercicio profesional, lo que permite, a su vez, elevar el nivel de la calidad en la atención de los pacientes. La calidad en la atención es una manifestación de equidad, eficiencia y eficacia de las acciones, así como de satisfacción del paciente. Ninguno de estos principios tiene un comportamiento independiente. La ética profesional y los códigos éticos son fundamentales para el comportamiento y el compromiso de los profesionales de la salud en su trabajo, lo que los hace fundamentales en la atención integral de la salud y el bienestar emocional de los pacientes y otros profesionales.

2.4. Objetivos

2.4.1 Objetivo General

Analizar qué impacto emocional y que dilemas éticos se generan en los profesionales de la salud (médicos y enfermeros) cuando se enfrentan a un paciente en estado crítico. Se toman, como instituciones para realizar la presente investigación, los servicios guardia, cuidados intensivos, adultos, neonatal, pediatría, de algunas instituciones de salud públicas y privadas de la Provincia de Buenos Aires (Htal. Provincial Ntra. Sra. De Luján, Clínica Güemes, Htal. Prof. Dr. Luis Güemes, Htal Nacional Dr. Baldomero Sommer, Htal. Materno Estella de Carlotto, Clínica Modelo de Morón), durante el año 2023.

2.4.2. Objetivos Específicos

- a) Examinar qué reacción emocional tiene los profesionales de salud (médicos y enfermeros) ante la muerte de un paciente
- b) Identificar qué factores personales se ponen en juego en las acciones de los profesionales de la salud que atienden pacientes críticos
- c) Averiguar qué valores manejan los profesionales de la salud ante el ensañamiento terapéutico
- d) Distinguir qué aspectos sociales y de salud del paciente influyen en las prácticas de los profesionales de salud
- f) Indagar si existen protocolos de atención y si estos tienen influencia en el impacto emocional

2.5 Hipótesis

Los profesionales de la salud (médicos y enfermeros) se ven afectados emocionalmente al tomar decisiones que comprometen la vida del paciente, generando dilemas éticos relacionados con la dignidad de las personas, la autonomía del paciente, y el

ensañamiento terapéutico. Estas acciones suelen estar influenciadas por las emociones y una falta de protocolos claros o por su incumplimiento.

2.6. Contextualización

La Provincia de Buenos Aires, es una de las 23 provincias de la República Argentina. El territorio se encuentra en la región centro-oriental del país, abarca gran parte de la Región Pampeana. (Wikipedia, 2023) Limita al norte con las provincias de Santa Fe y Entre Ríos, al noreste con el Río de la Plata y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, al este y sur con el Mar Argentino y Océano Atlántico, al suroeste con Río Negro, al oeste con la provincia de La Pampa y al noroeste con la provincia de Córdoba. Cuenta con 17.569.053 habitantes, según el Censo Nacional de 2022, es la jurisdicción de primer orden más poblada del país. Del total de sus habitantes, el 58,4% (10.275.184 personas) viven en el AMBA (Área Metropolitana de Buenos Aires), de la que forman parte cuarenta municipios bonaerenses. En el resto de la provincia, llamado interior bonaerense, viven 7.293.869 de habitantes que representan el 41,5% de la población total. Dentro del AMBA se encuentra incluida La Plata, la capital de la provincia (Guía Turística, 2023)

La Provincia de Buenos Aires cuenta con 135 partidos, dividida en 12 Regiones Sanitarias, estas son las encargadas de implementar los programas sanitarios que desarrolla el Ministerio de Salud. Según el Censo 2022, la provincia cuenta con 77 hospitales de índole nacional y provincial y 386 instituciones de salud, del sector privado, representado por la Federación de Clínicas y Sanatorios de la Provincia de Buenos Aires (FECLIBA).

El Htal. Provincial Ntra. Sra. De Luján y la Clínica Güemes se encuentran en la localidad de Luján. El Htal. Prof. Dr. Luis Güemes en la localidad de Haedo, Htal. Nacional Dr. Baldomero Sommer en la localidad de General Rodríguez, el Htal. Materno Estella de

Carlotto en el barrio Trujui, Moreno y la Clínica Modelo de Morón en el partido de Morón, todos perteneciente a la zona oeste de la Provincia de Buenos Aires.



Imagen República Argentina



Imagen de la Provincia de Buenos Aires, con sus respectivas Regiones Sanitarias

3. Marco Teórico-conceptual

3.1. Marco Teórico o Teórico Metodológico

3.1.1. Impacto emocional

Un impacto es la colisión, hay algo que interviene en cualquier tipo de impacto, que es la acción de la gravedad, y esta tiene relevancia en función de sus consecuencias. El efecto que produce un impacto emocional en el estado de ánimo puede graficarse como una colisión, una convulsión interior de gran intensidad.

Supongamos que alguien recibe una mala noticia, inicialmente se produce un Shock, a continuación, se siente miedo y confusión y posteriormente, es previsible tener un sentimiento de derrota o de culpa, incluso es muy probable que se tenga la idea de padecer una injusticia. Todos estos elementos forman, precisamente, el impacto emocional y en ocasiones se necesita la ayuda de un especialista para superarlo (Ferrer, J. 2015).

Según Damasio A. R. (2000), la ocurrencia de un proceso emocional se inicia, con la percepción de un objeto o situación, o con el recuerdo de ese objeto o situación; en ambos casos, el resultado es la activación de los núcleos del tronco del encéfalo, el hipotálamo y la amígdala. Luego, estas estructuras liberan hormonas de varios tipos en la corriente sanguínea, que se dirigen, por una parte, hacia diversas zonas del propio cuerpo y, por otra parte, hacia distintas zonas cerebrales (pp 12 - 23).

Al mismo tiempo, estas estructuras envían, de modo simultáneo, señales electroquímicas mediante neurotransmisores, por una parte, hacia las glándulas adrenales, que liberarán hormonas, con repercusión posterior en el cerebro y, por otra parte, hacia otras regiones cerebrales, tales como la corteza, el tálamo, y los ganglios basales, con lo cual se modificará el estado cognitivo y la forma de procesar la información (Damasio A. R, 2020).

Las emociones son reacciones conductuales, fisiológicas y subjetivas, activadas por una información proveniente del mundo externo y/o interno del individuo. Estas reacciones pueden ser de rechazo, si vivimos esos estímulos como peligrosos o displacenteros, o bien de atracción, si los vivenciamos como atractivos o placenteros. Podríamos referirnos a que son un sistema de señales que nos impulsan a realizar cambios para emprender alguna acción.

“Una emoción es un estado psicológico complejo que implica tres componentes distintos: una experiencia subjetiva, una respuesta fisiológica, y una respuesta conductual o expresiva” (Hockenbury y Hockenbury, 2007).

Las emociones coordinan el comportamiento y estados fisiológicos durante eventos destacados de supervivencia e interacciones placenteras. A pesar de que a menudo somos conscientes del estado emocional actual, como la ira o la felicidad, los mecanismos que dan lugar a estos, las sensaciones subjetivas, han quedado sin resolver. Aquí se presenta una herramienta de autoinforme topográfico para revelar que diferentes estados emocionales están asociados topográficamente distintos y cuáles son las sensaciones corporales culturalmente universales; estas sensaciones subyacen las experiencias emocionales conscientes, monitoreando la topografía de las sensaciones corporales desencadenantes (Nummenmaa et al. PNAS | 14 de enero de 2014 | vol. 111 | no. 2 | 646 – 651).

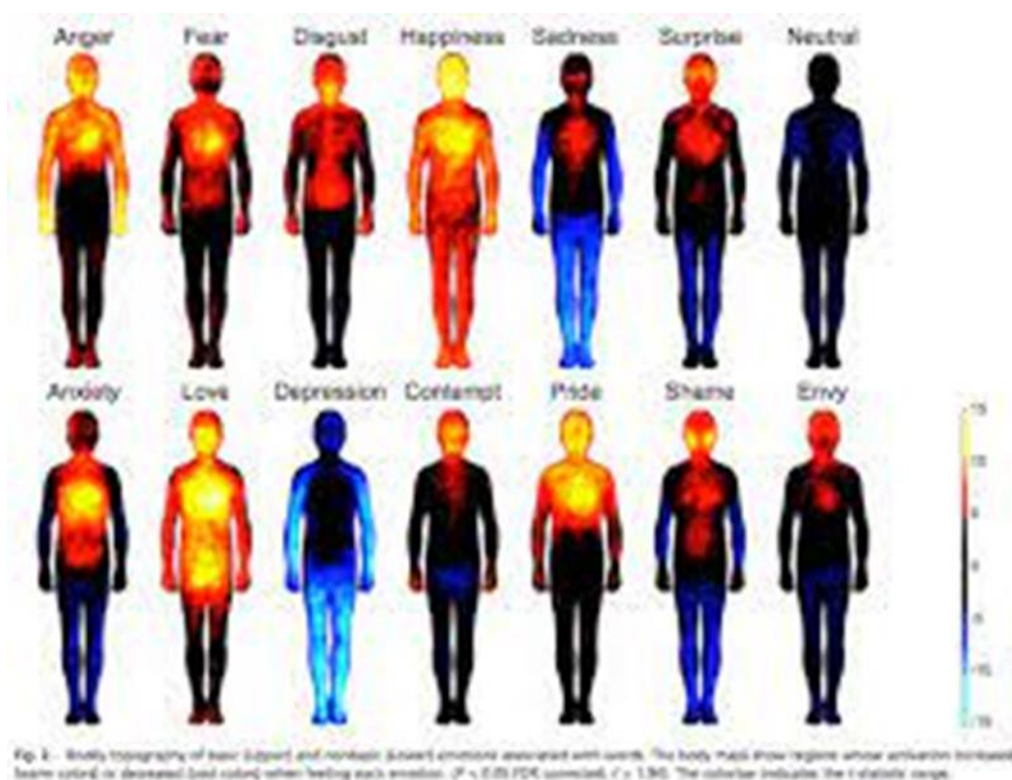


Fig. 1. Topografía corporal de emociones básicas (superiores) y no básicas (inferiores) asociadas con las palabras.

Emociones Básicas (superiores): Ira, Miedo, Disgusto, Felicidad, Tristeza, Sorpresa, Neutral.

Emociones no básicas (inferiores): Ansiedad, Amor, Depresión, Desprecio, Orgullo, Vergüenza, Envidia

Hay que dejar claro que todas las emociones son buenas, cómo las gestionamos determina los efectos que van a tener sobre el bienestar y el de los demás. Se las denomina positivas y negativas en función de si aportan o no bienestar.

Las emociones negativas se experimentan ante acontecimientos que son valorados como una amenaza, una pérdida, una meta que se bloquea, dificultades que surgen en la vida cotidiana, etc. Estas emociones requieren energías y movilización para afrontar la situación de manera más o menos urgente. Las emociones positivas, en cambio, se experimentan ante

acontecimientos que son valorados como un progreso hacia los objetivos personales. Estos objetivos están relacionados con la supervivencia y el bienestar. La supervivencia y el bienestar tienen una dimensión personal y social, no solamente para mí, sino también para las personas que nos rodean. Las emociones positivas son agradables y proporcionan disfrute y bienestar (Bisquerra R. 2015).

3.1.2. Dilemas éticos

Para poder adentrarse en un breve bosquejo histórico sobre el origen y concepto de la ética, se impone analizar algunos aspectos de los términos ética y moral.

La palabra “ética” proviene del griego “ethos”, que originariamente significaba “morada” o “lugar de residencia”, pero su acepción más común es la tradición filosófica de occidente, que significa carácter o talante: es decir, la disposición fundamental de una persona ante la vida. El término “ethos” escrito con “épsilon”, se puede traducir por “hábito” o “costumbre”. (Rosales I. 2007)

La palabra castellana moral proviene del latín “mos”, que en esa lengua puede significar tanto costumbre como carácter o género de vida. De mores (plural de mos) se derivó el término moralis, neologismo acuñado por Ciceron para traducir del griego “éthika”. En su sentido más literal significa “modo habitual de comportarse y de ser en el tiempo”.

El hecho de que ambos términos, ética y moral, tengan un mismo significado etimológico, ha dado lugar a que en muchos casos se les utilice indistintamente, pero no son lo mismo.

La moral se refiere a la conducta que, por acuerdo o consenso de la sociedad, se ha considerado como correcta o incorrecta. Se trata de la moral vivida, aceptada por las personas

y los grupos, sin que haya sido necesariamente sometida a la mediación de la crítica racional sistemática.

Mientras que el término ética se reserva para la disciplina filosófica que estudia racionalmente la conducta humana, desde un punto de vista de los deberes y las virtudes morales. La ética es un saber racional, en cuanto a la reflexión crítica sobre el hecho de la vida moral.

Campo Zamora F (2020) distinguen tres tipos o grados en el saber ético: ética descriptiva, ética normativa y ética filosófica en sentido estricto.

- La ética descriptiva consiste en el estudio y reconocimiento del mundo, de los valores y normas en las diversas esferas de la actividad humana. Se dan varios tipos distintos de éticas descriptivas, en función del criterio de descripción: psicológico, sociológico, antropológico, histórico.
- La ética normativa constituye un sistema de normas o principios que rigen la vida moral y que cuando se aplican a problemas morales específicos dan lugar a la llamada ética aplicada.
- La ética filosófica es la reflexión moral, es la reflexión profunda racional de los fundamentos, de los sistemas de normas morales. Pretenden descubrir las verdades necesarias para que un sistema moral sea válido. Es la fundamentación filosófica de la ética normativa. Es la reflexión crítica sobre los fundamentos y la coherencia de los sistemas normativos.

Después de este breve análisis, podemos afirmar que la bioética es una disciplina concreta dentro de la familia de la ética. Terminológicamente hija de “bios” y “ética” (vida y ética), conceptualmente bioética conjuga biología y moral en síntesis paradigmática de ciencia y conciencia, hechos y valores, ser y deber ser.

Según la Real Academia Española (RAE), el origen etimológico de las dos palabras que le dan forma, “dilema” procede del griego, exactamente emana del nombre “dilemma”, que se forma a partir de la suma de dos partes diferenciadas: el prefijo “dis-”, que significa “dos”, y el sustantivo “lemma”, que es sinónimo de “temas”. Se denomina dilema a la situación que obliga a optar entre dos alternativas.

Un dilema ético, por lo tanto, se produce cuando una persona se encuentra forzada a elegir entre alternativas que, de alguna forma, pueden provocar una falta moral.

Además, podemos establecer que existen varios tipos de dilemas éticos, entre los que destacan el Dilema Real, que se llama así porque la situación o suceso en torno al cual gira es cercano es real, es factible que pueda suceder. De ahí que pueda llevar aparejado cierta angustia; Dilema Hipotético, que al contrario que el anterior, se plantea a una o varias personas sobre situaciones que es muy probable que sucedan en la vida real; Dilema Cerrado, que se da en llamar así porque la decisión sobre un suceso ya se ha tomado. En este caso, cuando se plantea el dilema es para que una persona opine y valore la actuación de quien ha tenido que adoptar una postura ante aquel; Dilema Completo, aquel que se plantea cuando se informa a la persona de todas las consecuencias que tienen cada una de las opciones que se pueden tomar.

Desde esta perspectiva, para referirnos a los dilemas éticos, sin reducirlos a la lógica binaria de cumplimiento o incumplimiento de un código, es necesario entender que detrás de la emergencia del dilema están factores éticos, morales, deontológicos y emocionales. En estos factores surgen de forma implícita o explícita las nociones de Bien y de Mal. Ética, moral y deontología son conceptos interrelacionados que buscan regular el comportamiento humano, especialmente en el ámbito profesional. Aunque a veces se usan indistintamente, cada uno tiene un matiz diferente: la ética se enfoca en los principios, la moral en las normas y la deontología en las reglas específicas de una profesión. Todos estos conceptos, como construcciones

racionales, buscan controlar las respuestas emocionales y guiar las acciones hacia un comportamiento adecuado. Si bien la ética y la moral a veces se confunden, es importante reconocer su asociación y comprender que, en última instancia, todos buscan promover un comportamiento ético y responsable en la sociedad.

Por lo que es importante hacer una breve incursión en la filosofía acerca de los diferentes conceptos. Desde la perspectiva kantiana (siglo XVIII), la moral concierne a los actos individuales del individuo, mientras que la ética sería mucho más circunstancial, ya que representaría la acción de una determinada comunidad. El deber surgiría, así, como un imperativo de la razón. Se puede, entonces, afirmar que la ética está más relacionada con el hoy, con las interacciones en un contexto temporal y social dado, es decir, con valores, mientras, que la moral se relacionaría con aspectos universales, es decir, con la ley. Para Kant, sería a través de la acción, a la cual el individuo se debería someter libremente, por lo que la moral podría universalizarse. Como afirma Kant (1781/1985) en la crítica de la razón práctica, “Actúa únicamente según la máxima que permita que tú puedas querer al mismo tiempo que ella se torne universal” (pág.72). Así, la moral está relacionada con los fines últimos por alcanzar por el individuo. Este sería el Bien, esto es, el límite de la representación de la norma, por debajo de este límite, significa su ausencia. La noción de Bien es muy inestable. Para Platón (327- 347 a.C. / 1976), sería un ideal que el mundo imperfecto debería perseguir. Este camino se haría a través de la copia de las formas, ideas o estructuras perfectas, independientes de los contenidos de la realidad inteligible, intangible, no obstante, con existencia, que deberían ser cada vez más próximas del original, es decir, del ideal de Bien.

En el siglo XVII, también Hobbes (1651/2003) se refería al Bien como aquello que los hombres deseaban, mientras que el Mal estaría relacionado con lo que resulta repulsivo. Así, las nociones de Bien y de Mal serían individuales. Esta dicotomía entre Bien y Mal era descrita

por Nietzsche (1886/1987) como “ilusiones antiguas”. Para Aristóteles (384-322 a.C. / 2004), el Bien sería resultante de la virtud, así, sería necesario enseñar el Bien y aprender a controlar el Mal a través de la justa expresión de las emociones. Por su parte, Descartes (1649/1984) defendía la justa medida de la expresión emocional. Kant defendió que el individuo podría comprobar su bondad ética y moral, debatiendo si otro en la misma situación haría lo mismo. El imperativo categórico enunciado debería, de acuerdo con el valor afirmativo o negativo de la respuesta, llevar a la continuación o al abandono de la acción. Ya en el siglo XIII, S. Tomás de Aquino, referenciado por Kenny (1998), subrayó la importancia de que el individuo actúe según la virtud principal, la intelectualidad. Clasificaba como buenas las acciones que pertenezcan a esa categoría. En las cuales el contexto sea propicio y el objetivo virtuoso. De vuelta al siglo XVII, para Espinosa (1661- 1675/2002) el individuo podría encontrar el Soberano Bien a través del aprendizaje del pensamiento que consistiría en vivir de acuerdo con la razón, liberándose así de las “perturbaciones de las pasiones”. Ascender a estadios superiores a través del conocimiento, fue defendido en siglo XIX por Kierkegaard. La personalidad ética de la citada por Kierkegaard (1844/1962) se contraponía a la personalidad estética, que era conducida por la primacía del placer. Ascender al estadio de la personalidad ética era lo que restaba a la personalidad estética para huir de la desesperación. La personalidad ética confronta dificultades, y sacrificios. El individuo tomaría conciencia de su limitación hacia los imperativos morales, para desencadenar así la culpa, de esta situación, el individuo sólo quedaría libre una vez que se elevase a la esfera religiosa, enfrentando a las diferentes posiciones de acuerdo con Sócrates (descrito en la República de Platón, 327-347 a.C. / 1976). Con el objetivo de estandarizar los códigos deontológicos en todos los países miembros de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA), apartándose del modelo americano y dirigiéndose a un modelo europeo, esta federación, en la Asamblea General

celebrada en Tampere, Finlandia, en 1993, creó un Grupo de Trabajo de Ética. Este grupo debería desarrollar un Meta-código de Ética que sería la matriz a partir de la cual cada país miembro elaborará su propio código deontológico, prestando atención a sus especificidades legales, culturales y sociales. Se intentaba una unificación de normas, sosteniendo las diferencias culturales y consecuentemente éticas y morales de cada uno de los países miembros. Las discusiones en este grupo, con representantes de Portugal, Francia, Bélgica, Italia, Holanda, Inglaterra, Noruega, Dinamarca y Eslovenia, reflejaron también las diferencias entre culturas y valores. El Meta-código fue aprobado en la Asamblea General de Atenas en 1995 y su revisión en Granada en 2005. El Meta-Código de Ética Europeo está formado por cuatro pilares fundamentales e interdependientes:

- Respeto por los derechos y dignidad de las personas: respetar los derechos a la privacidad, confidencialidad, autodeterminación y autonomía, compatibles con las otras obligaciones profesionales y con la ley.
- Competencia: proporcionar sólo los servicios y utilizar sólo las técnicas para las cuales están cualificados por su educación, entrenamiento y experiencia.
- Responsabilidad: los profesionales deberán evitar perjudicar y ser responsables de sus propias acciones, garantizando ellos mismos, tanto como sea posible, que sus servicios no sean mal utilizados.
- Integridad: ser honestos, justos y respetuosos con los demás. Clarificar sus roles como profesionales y actuar de forma apropiada de acuerdo con ellos.

El Meta-código y todos los códigos nacionales que de él emanan se modelan por el inmenso peso moral (Singer, 2004) que proviene de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ver anexos).

Como se ha mencionado, los códigos de ética contemplan normas morales. Y aunque tratan de establecer normas para las diferentes prácticas, hay algunos aspectos que siguen sin respuesta en ellos. El dilema ético surge del conflicto entre procesos morales, éticos y emocionales y las normas jurídicas. Es decir, entre lo que el individuo considera justo y lo que la norma exige. Buena parte de los dilemas éticos no tienen una solución, esta depende de la noción de Bien y de Mal, de los valores morales de la persona, es decir, será una solución individual sin posibilidad de tornarse universalmente. Sin embargo, es fundamental que la persona no supere el límite de su moral en función del deber de obediencia. La justificación de una acción en estricta obediencia de la ley es lo que Savater (2000) señala como el sustituto de la responsabilidad moral de la persona. Antes del dilema ético “La Ética es estar a la altura de lo que nos ocurre” (Deleuze, 2004, pág. 159). “Es posible ser un buen ciudadano sin poseer las virtudes que hacen de alguien un hombre de bien.” (pág. 47). Así, es posible cumplir la norma sin que se posean los valores morales contenidos en esa norma. Como afirma Derrida (2003) se puede considerar que el ser humano sólo toma decisiones éticas en ausencia de un marco regulador. En el caso del dilema ético no es por la ausencia de un código, sino por la existencia de un conflicto entre lo que está escrito en el código y los factores implicados en la situación. En la decisión ética, más allá de las normas del Bien y del Mal, tiene que asumir un juicio ético que debe orientar su acción (Singer, 2002). En el intento por resolver el dilema ético, es importante ser capaz de gobernar los límites éticos de la acción, es decir, como refiere Savater (2000), la constatación de lo “impropio de mí” (Víctor Claudio 2009. Vol. 30(3), pp. 235-243).

El código de ética en Argentina, establecido por la Confederación Médica de la República Argentina (1955) abarca una amplia gama de principios y normas éticas que guían la conducta de los médicos.

Deberes hacia la sociedad:

- Priorizar el bienestar del paciente y la humanidad por encima de todo
- No discriminar a los pacientes por ninguna razón
- Brindar atención médica basada en las necesidades del paciente, no en su estatus social o económico
- Mantener una conducta honorable y moral tanto dentro como fuera de la profesión
- Colaborar con las autoridades de salud pública y promover la salud individual y colectiva.

Deberes hacia los pacientes:

- Respetar la autonomía del paciente y su derecho a elegir médico
- Responder a las llamadas de emergencia y en ausencia de otros médicos
- Comunicarse con los pacientes de manera clara y compasiva, brindando información sobre su condición de manera adecuada
- Respetar las creencias religiosas de los pacientes
- Obtener consentimiento informado antes de realizar procedimientos médicos, especialmente aquellos que son invasivos o riesgosos
- No abandonar a los pacientes, incluso en casos de enfermedades crónicas o incurables
- Mantener la confidencialidad de la información médica del paciente (secreto profesional).

Deberes hacia los colegas:

- Tratar a los colegas con respeto y evitar la competencia desleal
- No interferir en la relación médico-paciente de otro colega

- Colaborar en consultas y juntas médicas de manera ética y profesional
- Respetar los límites de la especialidad de otros colegas
- No reemplazar a un colega en su puesto sin una causa justificada

Este Código establece un marco integral para la conducta ética de los médicos, promoviendo la integridad, el profesionalismo y el bienestar de los pacientes.

Ambos códigos buscan promover la conducta ética en la medicina, pero difieren en su enfoque y estructura. El Meta-Código de Ética Europeo ofrece un marco basado en principios universales, mientras que el Código de Ética Argentino brinda una guía práctica adaptada al contexto local. Ambos son valiosos para orientar la toma de decisiones éticas en la práctica médica, complementándose mutuamente.

3.1.3. Ensañamiento terapéutico

Magnante D (2019) define el termino ensañamiento terapéutico:

“como la prolongación de la vida de manera artificial e indefinida a través del empleo de todos los medios terapéuticos y de soporte vital impidiendo que la muerte se produzca y afectando así, la dignidad de la persona humana en su fase final”. (p 49)

Para evitar la obstinación terapéutica, surge el derecho a “morir dignamente”. La Iglesia católica ha desarrollado una postura clara sobre el final de la vida, especialmente en relación con los avances médicos y tecnológicos. Esta postura se basa en enseñanzas clave de Juan Pablo II, presentes en el Catecismo de la Iglesia Católica y la encíclica *Evangelium Vitae* (1995).

Un punto central es la legitimidad de interrumpir tratamientos médicos cuando son onerosos, peligrosos o desproporcionados. Esto no busca causar la muerte, sino evitar el encarnizamiento terapéutico, aceptando la inevitabilidad de la muerte. La decisión recae en el

paciente competente o, en su defecto, en quienes tienen derechos legales, siempre respetando la voluntad y los intereses del paciente (Catecismo de la Iglesia Católica, 1992, n. 2278; Juan Pablo II, 1995, n. 65)

La encíclica *Evangelium Vitae* profundiza en el concepto de encarnizamiento terapéutico, definiéndolo como intervenciones médicas que ya no benefician al enfermo, son desproporcionadas o demasiado gravosas. Cuando la muerte es inminente, es lícito renunciar a tratamientos que solo prolongarían precaria y penosamente la vida.

El término "injuria" en el contexto de la salud, se relaciona con los pacientes, refiriéndose a situaciones en las que se causa daño o agravio a la dignidad y bienestar de una persona. (Castillo R, 2014). Esta puede manifestarse de varias maneras:

- Injurias Psicológicas: puede incluir el trato despectivo o la falta de respeto hacia los pacientes, lo que puede afectar su autoestima y bienestar emocional.
- Injurias por Negligencia: situaciones en las que un paciente recibe un tratamiento inadecuado o se ignoran sus necesidades, afectando su salud y recuperación.
- Injurias por Malas Prácticas: incluye el uso incorrecto de instrumentos médicos que pueden causar daño físico al paciente, aunque este tipo de injuria se clasificaría más adecuadamente como una lesión.

Es crucial que los profesionales de la salud sean conscientes de la terminología que utilizan y de cómo sus acciones pueden impactar la dignidad de los pacientes. La formación en comunicación efectiva y el respeto hacia los pacientes son fundamentales para prevenir injurias, tanto morales como físicas.

El ensañamiento terapéutico es visto como una forma de injuria, ya que atenta contra el derecho del paciente a morir con dignidad.

3.1.4. La muerte

El final de la vida incluye varias situaciones relacionadas con la muerte, razón por lo que se hace necesario desarrollar los diversos contextos y conceptos que la involucran.

La muerte es un fenómeno natural, universal e inherente al propio proceso vital. En este sentido, es la consecuencia inevitable de la vida. Así, la muerte puede ser definida, como el fin de un organismo vivo, como un proceso social o como un momento de trascendencia. Los conceptos y percepciones de la muerte son variados, dependen de las creencias, de las causas de la muerte y de la edad de la persona fallecida, etc., aunque, en la actualidad la vivencia de la muerte frecuentemente se vive como un hecho desadaptativo y cada vez más medicalizado. La muerte, especialmente la muerte de un niño es un acontecimiento inesperado en la sociedad, una de las experiencias más dolorosas existentes para los niños, padres y entorno familiar-social, resulta difícil de enfrentar, además de ser una experiencia individual, privada e intransferible. El impacto que tiene el diagnóstico de una enfermedad terminal y la muerte de un paciente pediátrico o adolescente sobre sí mismo, su familia y su entorno, es difícil de describir, ya que los niños son proyectos y en la mayoría de las sociedades representan el futuro. En el libro “Vivir hasta despedirnos”, relata ideas sobre cómo preparar las despedidas entre la persona que va a fallecer y sus familiares, conduciendo a la aceptación de la muerte, Kübler-Ross E. (2007) define: "la muerte, es el acontecimiento universal por excelencia que, en cierta forma, le confiere intensidad y valor a la vida; lo cual permite configurar una vida más consciente, para ser más responsable con la propia existencia y para madurar más intensamente. Para Galindo (2008), la muerte inspira mucho temor y respeto, induce a un ambiente de misterio, un lenguaje secreto, difícil de descifrar, que a su vez transmite un mensaje ambiguo de este proceso. En este mismo contexto, Estancanti (1995), define la muerte como el fin de la

existencia en la tierra y la historia del hombre, que sufría de una forma impotente y pasiva no está en manos del ser humano para poder evitarla.

Según la Biblia, la muerte no es el final de la vida sino la separación del alma del cuerpo. La Escritura hace referencia a la vida eterna con Dios en el cielo y de la separación eterna de Dios en el infierno. El Nuevo Testamento refiere a la muerte del creyente como "un sueño". Por esta razón, los primeros cristianos llamaron a sus lugares de entierro "cementorios" (en griego koimeteria) que literalmente significaba "dormitorios" o "lugares para dormir". Primera de Tesalonicenses (5:9-10): "Porque no nos ha puesto Dios para ira, sino para alcanzar salvación por medio de nuestro Señor Jesucristo, quien murió por nosotros para que ya sea que velemos, o que durmamos, vivamos juntamente con él." (Reina-Valera, 1988)

En el transcurso de los tiempos las actitudes individuales y sociales ante el fenómeno de la muerte han evolucionado de forma importante. Así, en la segunda mitad del siglo XX, el ser humano sustituye la amenaza de la muerte por la de la enfermedad, en la que la medicina parece tener la potestad de librarla de ella, situando en instituciones sanitarias (Edo-Gual et al., 2011; Martino, 2007). Hasta finales del siglo XIX se consideraba una buena muerte aquella acontecida en el entorno familiar, cuando la persona difunta era consciente de su propio proceso, acompañados por sus familiares y allegados, vivida como un acto formal y público de reconocimiento a la persona fallecida, entendiendo su integración como parte del proceso natural de la vida (Martino, 2007). En la actualidad, la aceptación de la muerte ha evolucionado de forma desadaptativa. En este sentido, Kübler-Ross expone cómo la sociedad cada vez niega más la muerte y no la considera como un proceso dentro de la vida. Expone que en la actualidad tenemos una visión diferente de ella, siendo un hecho más tecnificado e institucionalizado (Kübler-Ross, Wessler, Avioli, 1972). La nueva forma de percibir la muerte provoca un papel de la familia más pasivo, a diferencia de etapas anteriores en las que era la encargada íntima

de proporcionar los cuidados físicos y el acompañamiento espiritual de la persona que fallece. Así, desde la perspectiva de la familia, la muerte medicalizada supone un acontecimiento controlado por otros, en vez de ser un suceso personal y familiar. A su vez, debido a esta excesiva medicalización, la mayoría de las veces, el paciente también se encuentra en una posición pasiva, sin tomar parte en las decisiones médicas, en plena ignorancia y sin ejercer control sobre su proceso de enfermedad y muerte (EdoGual et al., 2011; Martino, 2007; Santos, Hormanez, (2013).

Los profesionales de la salud están capacitados en diversas áreas sanitarias, comprometidos con el bienestar de las personas. Su trabajo abarca desde la atención básica hasta la especializada, ofreciendo servicios vitales para la salud. Estos profesionales cuentan con formación rigurosa y certificaciones que respaldan su competencia, siendo su labor fundamental mejorar la calidad de vida de la sociedad.

El importante avance de la ciencia y la tecnología redundan en un beneficio en la salud de las personas, pero, a su vez, implica “la medicalización de la muerte”. El derecho a morir con dignidad surge como respuesta a ello y el miedo a morir en forma tal que lo que se prolongue no sea la vida, sino el fallecimiento. Este derecho protege al paciente de tratamientos desproporcionados o inútiles en su situación, previniendo así el ensañamiento terapéutico.

3.1.5. Valores en los profesionales de la salud

El valor de la responsabilidad profesional complementa y enriquece el ejercicio profesional ético. De acuerdo con Hortal (2002), en principio, el valor de la responsabilidad involucra la realización del ejercicio profesional con el nivel de excelencia y de calidad que distinguen al profesionista como tal. Esto significa que el profesional que ha adquirido las competencias y capacidades profesionales también asume la responsabilidad de desarrollar al

máximo y de manera óptima esas competencias en la prestación del servicio o bien que le compete. En este nivel, la responsabilidad ética resulta fundamental para proporcionar bien y de manera eficiente los servicios profesionales, porque la aplicación rigurosa de los conocimientos y habilidades profesionales aseguran la obtención de logros o buenos resultados del ejercicio profesional.

La responsabilidad profesional asegura la actualización y capacitación permanentes del profesional puesto que para asumir este valor requiere mantenerse al día en cuanto a los conocimientos y las competencias que comprende su ejercicio profesional.

Gracias al valor de la responsabilidad profesional, la forma como el profesional contribuye a mejorar las condiciones de vida de la sociedad es mediante la realización competente de su quehacer profesional. Vinculado con lo anterior, el mismo Hortal (2002) señala que la responsabilidad profesional comprende también el compromiso que tienen las profesiones de contribuir al bienestar individual y social. Aquí es importante señalar que la responsabilidad profesional no se reduce a realizar bien y de manera eficiente el ejercicio profesional, también, significa el ejercicio profesional ético que implica el buen uso de las competencias profesionales, porque la aplicación de esos conocimientos y habilidades profesionales inciden de manera directa e indirecta en las condiciones de vida de la sociedad y en el bienestar de la población.

En este marco, el valor de la responsabilidad permite al profesional tomar conciencia de las repercusiones que tiene su ejercicio profesional y asumir el sentido social de la profesión como una práctica cuyo fin último es contribuir al bienestar del individuo y de la sociedad.

El valor de la responsabilidad también enriquece las competencias profesionales ya que pone al día la capacidad de autonomía para enfrentar los problemas y tomar decisiones,

fortalece el criterio y el juicio propios y además constituye el soporte del comportamiento solidario con los más necesitados (Ibarra Rosales, 2007).

3.1.6. El acto del cuidado

La evolución natural de la ciencia médica, debido a los avances científicos, en áreas como biología, química y microbiología, desencadenó paralelamente un cambio en la relación profesional-paciente y este binomio se enfrenta a factores que provocan mecanismos y acciones que mantienen o mejoran la salud.

Desde la disciplina de Enfermería, Florence Nightingale, primera teorista precursora de la Enfermería moderna, define la profesión como:

La responsabilidad de velar por la salud de otros. Acciones de cuidado de la persona y su entorno, a partir del desarrollo de habilidades tales como las observaciones inteligentes, la perseverancia y el ingenio. Profesión basada fundamentalmente en el cultivo de las mejores cualidades morales. (Carmen, 2004)

La dinámica del cuidado requiere de la tríada: usuario-ambiente, relación profesional – usuario, relación profesional- ambiente. Con lo anterior, se enfoca el ejercicio de la enfermería al inicio del desarrollo científico - práctico.

Desde la mirada de Florence Nightingale es relevante generar los cuidados por parte del profesional de Enfermería, es decir, logra visualizar la influencia del ambiente, por tanto, identifica que los contextos no son únicos, pues responden, en mayor o menor nivel, a momentos políticos y estructurales de los países y sus sistemas sanitarios, directa o indirectamente ejercerán influencia en el estado de salud de la población.

Actualmente las necesidades de salud de la población se encuentran estructuradas bajo el sistema de salud de cada país, por lo cual, el funcionamiento se establece en relación con el

contexto político y social de dicha nación. Para el desarrollo transversal de criterios se desarrollan modelos y enfoques, los que enfatizan principalmente la entrega de directrices con foco concreto en el resguardo de elementos fundamentales, derechos de las personas, respeto a la dignidad humana, valor de la vida y comunicación.

Los diferentes sistemas de salud procuran entregar un cuidado de calidad en sus diferentes ámbitos: directo (cambios del estado de salud), indirecto (relacionado a los recursos), percibida (basado en la percepción del individuo y familia) y demostrada (basada en indicadores), medidos en variados sistemas con el indicador “satisfacción usuaria”.

La naturaleza del cuidado está compuesta por atributos, lo cuales son, propiedades fundamentales o íntimamente vinculadas que ésta presenta, directa o indirectamente.

3.1.6.1. Primer atributo: El ser humano

Desde el área de la biología humana, el ser humano es considerado como un sistema complejo. Presenta características genéticas, conjugadas con la exposición con el medio ambiente, permite la adaptación y la evolución. Desde este enfoque no entrega una delimitación del concepto sino, un enfoque dirigido a responder quién es el ser humano.

Por su parte, la Real Academia Española (RAE), (2019) define persona como un “individuo de la especie humana”, una segunda definición presentada es “sujeto de derecho susceptible a ser titular de derechos y de contraer obligaciones”. Por separado cada conceptualización limita el ser persona, la primera logra una mayor extensión del concepto, en cambio la segunda entrega una disminución de la cantidad de seres que podrían considerarse en esta categorización, porque para lograr ser sujeto de derecho debería presentar autoconciencia.

Según la RAE, (2019), humano se define como “Dicho de un ser, que tiene naturaleza de hombre (ser racional)”. Dicha conceptualización presenta una visión diferenciada basada en la capacidad de realizar juicios basados en el pensamiento y la razón, por tanto, disminuye la cantidad de seres que podrían estar bajo este concepto.

Para Tomás de Aquino, la persona es comprendida como “lo más perfecto que hay en toda la naturaleza, o sea, el ser subsistente en la naturaleza racional” (Gómez de Pedro, 2017, p 21). Esta característica de racionalidad, entrega la capacidad de ser responsables de sus actos, lo cual hace a este ser es poseedor de dignidad inalienable y, por tanto, sujetos de deberes y derechos.

Un segundo aporte entregado por Tomás de Aquino se encuentra respecto al concepto de ley natural, definida desde las “características innatas o bien adquiridas culturalmente”, destacando en ella dos ámbitos: físico-biológico (basado en necesidades básicas para la supervivencia) y psíquico-espiritual (natural o invariable, mediado por la razón e inteligencia que permite tener autoconciencia). Para Aquino es relevante considerar, dentro de los atributos que otorga la personalidad en una persona natural o física, la capacidad jurídica puede marcar una diferencia en las personas que no presentan autoconciencia. (Gómez de Pedro, 2017)

El ser humano, en primer lugar, presenta una dualidad alma-cuerpo (espíritu encarnado), en segundo lugar, presenta una capacidad espiritual (criatura racional, con voluntad, sentimientos y libertad), capacidad racional (razón e inteligencia) y ser sociable (capacidad de vivir con el otro, comunicarse)

3.1.6.2. Segundo atributo: Relación profesional - usuario

Dentro del contexto del área salud, comprender a la persona nos invita a reflexionar sobre la relación profesional - usuario, como atributos básicos en la naturaleza del cuidado

humanizado. Desde el punto de vista de la ética profesional, es relevante indicar que Tomás de Aquino es quien entrega una contextualización relevante para las ciencias de la vida, refiriendo que trabajar “permite tender hacia el propio perfeccionamiento, obtener la satisfacción de sus necesidades vitales y contribuir a la creciente humanización del mundo y sus estructuras” (Gómez de Pedro, 2017, pp.27).

Por lo cual, se introduce un concepto nuevo a comprender en la naturaleza del cuidado, “la deshumanización”. Si bien, el significado de este concepto es ampliamente utilizado, durante estos últimos años, uno de los autores que ha estudiado y aportado a la discusión, desde la disciplina de la teología es Bermejo J., quien lo define como: “un proceso mediante el cual una persona o un grupo pierden o son despojados de sus características humanas” (p.18). El análisis de lo expuesto se entiende en primera instancia, como quitar u omitir una, varias o todas las capacidades que presenta un ser humano: la dual (cuerpo- alma), espiritual, racional y la de ser sociable. Una segunda reflexión apunta al valor que posiblemente también es despojado, la dignidad. Antes la característica que presenta es ser inherente a todas las personas, por tanto, no acepta gradualidad. Y una tercera reflexión se enfoca a los derechos y deberes, que van en directa relación al valor de la dignidad.

3.1.6.3. Tercer atributo: El acto del cuidado

Desde la disciplina de la Enfermería, Watson J. indica que la realización del acto del cuidado requiere de “una llamada seria al esfuerzo moral, ético, epistemológico, ontológico, filosófico y práctico”, para lograr que la ciencia del cuidado se presente como sustento fundamental del cuidado humanizado. Llamado que, desde una forma clara conduce a no olvidar los valores que debe presentar el acto humano: la voluntad y razón (conocimiento), mediado por la libertad (dimensión ética).

Para extender el concepto, se utilizará la búsqueda de características que permitan la comprensión del tercer atributo, por lo cual el acto del cuidado debe presentar: relación profesional - sujeto del cuidado (la que requiere comprender la arista descriptiva de la persona, y una prescriptiva con foco en el trato de este ser), estable (debe residir en la persona), continuó en el tiempo, adaptable (según necesidad de la persona), y a su vez, incorporar el sentido de la trascendencia de la condición humana es decir, es el otro sujeto del cuidado quien da el sentido de un "yo", entendido como un acto recíproco en donde ambos realizan un intercambio produciendo correspondencia o beneficio mutuo en la relación.

Cabe destacar, que el acto del cuidado debe sustentarse bajo la premisa de la responsabilidad social e individual, cada uno se hace responsable y, el profesional sanitario actúa como un mediador para alcanzar la mantención o mejora del estado de salud. Tal interacción en ocasiones puede ser percibida como vacía o no perceptible, entendida solo como la entrega de procedimiento lo que se conoce como atención.

3.1.6.4. Cuarto atributo: La comunicación

El cuarto atributo en el cuidado humanizado es la comunicación. Desde la perspectiva multidisciplinar, es explicado por el filósofo chileno Giannini H. (1927 - 2014) en su texto “La Metafísica eres tú”, señala que la comunicación es un atributo del ser humano refiere que “sólo comunicándonos es cuando alcanzamos una cercanía real”. Por tanto, se convierte en un atributo indispensable de la naturaleza del cuidado.

Al optar por una mirada integradora el enfoque social y holístico, emana cinco necesidades básicas que deben estar presentes en el acto del cuidado: privacidad, acompañamiento y visitas, actividad y movilidad, independencia y continuidad educativa.

3.1.6.5. Quinto atributo: *Paradigma Holístico*

Un quinto atributo, presentado en la naturaleza del cuidado humanizado es el paradigma holístico. Las primeras evidencias documentadas, según Graham citada por Vega P. fueron realizadas por la primera escuela hipocrática de medicina; la visión presentada se basa en la integración de las fuerzas de la naturaleza en el cuidado de la persona. El objetivo es que éstas generen condiciones favorables para la recuperación y sanación, producto del equilibrio energético alcanzado.

3.1.7. Factores en la toma de decisiones

Un comportamiento profesional apropiado es un componente esencial de la atención médica y un requisito para obtener la confianza de los pacientes y la sociedad. El comportamiento profesional tiene menos que ver con la resolución de los dilemas éticos que con una orientación profesional virtuosa sostenida en ciertos valores y actitudes. Entender el comportamiento profesional implica partir de la descripción que hacen los profesionales de los dilemas de valores que perciben y de sus motivaciones en cada situación. Muchos de estos valores no se suelen explicitar y tienen que ver, no tanto con los relacionados con los principios éticos, como la honestidad, la justicia, el derecho a conocer la verdad, etc., sino con otras dimensiones, como son la lealtad a los colegas o las instituciones, la propia educación, la obediencia y el respeto a los superiores, etc. Estos valores son legítimos y esenciales para el desarrollo de la profesión con éxito y, a pesar de que no son parte de los discursos éticos oficiales, pueden, y suelen, ser precisamente los que se refuerzan en el currículo oculto de las instituciones. Las consecuencias de las acciones repercuten sobre el paciente, pero también sobre médicos o trabajadores sanitarios (p. ej., se puede dañar su reputación) y sobre el propio protagonista para el que hay implicaciones tanto externas (sufrir represalia, enemistarse,

aparecer como desleal y ser marginado, etc.) como internas (culpa, autorreproches, sensación de fracaso personal, etc.). La consideración del profesional a su propio bienestar aparece como un tema tabú, como un aspecto ilícito que se puede ver como una expresión de egoísmo, por lo que suele ser vivido de forma vergonzante. Sin embargo, estas consideraciones desempeñan un papel crucial en la toma de decisiones y es una hipocresía intentar negarlos y presentarlos como opuestos al altruismo que la profesión reclama.

Como toda relación el discurso enfermera/ médico-paciente se produce en el encuentro intersubjetivo entre dos agentes sociales, cada uno de los cuales aporta sus propios valores, cualidades y biografía, todo ello en el marco de determinado medio social y cultural. Hay que tener en cuenta que los profesionales de la salud no solo tienen una historia personal y un modo de ser específico, sino que también pertenece a un sistema cultural de referencia, en el que ha sido socializada, y a un subsistema profesional.

Los principales elementos de los factores personales en el profesional son:

- La orientación teórica: se trata del enfoque particular que tiene el observador al seleccionar determinados contenidos y no otros. La sistematización de la subcultura profesional se transmite a los nuevos miembros a través de una cuidadosa educación y se controla mediante normas de práctica profesional. Cada uno de los profesionales en el desempeño de su función, desarrolla lo que podemos denominar una persona profesional, un grupo de formas características de seleccionar y ordenar las percepciones que trata profesionalmente, concentrándose sobre ciertos aspectos de la situación vital. La conducta de un profesional está influida fundamentalmente por esta persona profesional, que determinará en gran medida lo que observa, lo que percibe, las prioridades y las vías de intervención que considere adecuadas. Las cuestiones

accesorias dependen del carácter individual y de las experiencias de su persona profesional.

- El uso del lenguaje: habitualmente se entiende por comunicación un intercambio de información (ideas, pensamiento, etc.) entre dos o más personas, pero además la comunicación es una transmisión de afectos, una interacción personal y una interacción social. En este proceso no interviene el lenguaje (lo objetivo) sino que el profesional es el instrumento en que se refleja el habla (lo subjetivo) del paciente. Smith (1989) estudió las emociones negativas de los profesionales, de ellas las más frecuentes: miedo a dañar al paciente, miedo a perder el control de la situación, ansiedad derivada de la necesidad de desempeñar el rol sanitario con corrección y miedo a tener el mismo problema o enfermedad que el paciente. Estas emociones dan lugar a ciertas conductas: evitación de ciertos temas, control sobre el paciente, tentativas de agradar, distanciamiento o desresponsabilización, falta de respeto o sensibilidad y actitud seductora. Las principales características de una adecuada comunicación enfermera-paciente son empatía, respeto, concreción y escucha activa.
- Escucha activa: La escucha activa hace referencia a la comunicación bidireccional entre terapeuta y paciente, de tal manera que el último sienta que es escuchado. Para ello debemos mostrar atención y comprensión tanto lógica como emocional en la interacción, a través, tanto de la conducta verbal como de la no verbal. Los principales obstáculos para la escucha activa provienen de tres áreas:
 - Del ambiente físico: cansancio, ruido, etc.
 - Emocional: derivados de los propios sentimientos del terapeuta.
 - Cognitivos: derivados de prejuicios ideológicos, éticos, culturales, etc.

- Variables socioculturales: Los más conocidos son la edad, el género y la etnia, cualquiera de ellas tiene una gran influencia. Existen otras variables como el estatus o clase social, o la situación política o económica. El profesional debe satisfacer tanto las necesidades del individuo, como permitirle seguir siendo un miembro aceptable de los diferentes grupos a los que pertenece.
- Variables individuales: Las características de la personalidad tienen que ver con la organización interna y se manifiestan a través de la conducta y la apariencia. Estas características tienen una incidencia nada desdeñable en la actividad profesional. La enfermera debe conocerse, tener una capacidad de introspección, tener conciencia de sus propios valores y prejuicios, así como de sus debilidades y fuerzas. A pesar de ello, se suele responder inconscientemente en los contextos emocionalmente cargados, con el lado emocional de la personalidad. Dos características importantes de la personalidad del profesional son:
 - Rigidez en el mantenimiento de los propios esquemas.
 - Que atribuya a causas internas o externas las consecuencias de sus propias acciones.

La enfermera debe tener un buen nivel de adaptabilidad a contextos nuevos, ser sociable, tener capacidad de empatía, tener habilidades sociales para establecer relaciones humanas, así como conocer y saber manejar las reglas del juego social. Además, debe ser capaz de poner en suspenso los propios juicios de valor.

3.1.8. Instituciones de Salud

Las instituciones de salud son los entes donde se realiza la atención de salud, dividida en sus diferentes niveles:

- Primer Nivel de Atención: abarca los servicios de atención ambulatoria y se dedican a la atención, prevención y promoción de la salud y son reconocidos por la población como Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) o Centro Integral Comunitario (CIC)
- Segundo nivel de atención: se trata de instituciones de salud, con especialización en servicios básicos: clínica médica, pediatría, cirugía general, guardia y maternidad, además de la infraestructura necesaria para realizar exámenes complementarios y los diagnósticos básicos correspondientes a este nivel. Es el lugar que recibe a las personas que consultaron en el primer nivel de atención, y que por el problema de salud que presentan, requieren mayor atención, ya sea para interconsultas con otros especialistas o para internación.
- Tercer nivel de atención: en él se encuentra un sistema de salud más exacto, comprenden instituciones de salud equipadas con alta complejidad para la atención de problemas de salud que requieren mayor tecnología y aparatología. Estas instituciones cuentan con salas de internación, cirugía, clínica médica, especialidades quirúrgicas específicas; (traumatología, neurocirugía, cirugía cardiovascular, y otras) infraestructura para la realización de estudios complementarios más complejos; unidad de terapia intensiva y unidades coronarias.

Los niveles de atención no deben verse de manera aislada, sino como parte del Sistema Sanitario, el paciente transita en dependencia de sus necesidades de salud y a criterios del equipo de salud, en una estrecha interrelación, a través de un sistema de referencia y contrarreferencia.

En los servicios de guardia, cuidados intensivos, adultos, neonatal, pediatría, son frecuentes los eventos donde la toma de decisiones médicas, por acción u omisión, conlleva la posibilidad de efectos adversos, que pueden ocasionar en los pacientes lesiones discapacidades e incluso la muerte (Martín Delgado y Cabré Pericas, 2015).

En este punto, un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2002 sobre la calidad de la atención y la seguridad del paciente establece que las intervenciones de atención de salud se realizan con el propósito de beneficiar al paciente, pero también pueden causarles daño. La combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituyen el sistema moderno de prestación de atención de salud puede aportar beneficios importantes. Sin embargo, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran acontecimientos adversos, y, efectivamente, ocurren con demasiada frecuencia. Estos errores asistenciales erosionan la confianza de los pacientes en el sistema de salud, a la vez que dañan las instituciones y a los propios profesionales sanitarios, lo que constituye un tema de preocupación creciente. La toma de decisiones es un elemento esencial en la práctica clínica de los profesionales en salud que requiere de ellos el análisis de los diversos factores que intervienen en las acciones propias de la disciplina. Diversos autores como Quezada (2017), afirman que lo más importante de la adecuada toma de decisiones es cómo se conjuga el pensamiento crítico y el juicio clínico del estudiante o profesional para lograr un cuidado con calidad y que aminore cualquier tipo de daño (pp 18 – 36).

Diferentes estudios han puesto la atención en el impacto emocional y las consecuencias que pesan sobre los profesionales de la salud implicados en eventos adversos que podrían haberse evitado, por su alta prevalencia, por todo aquello que se pone en juego y por sus consecuencias personales y sociales (M. Delgado, 2020).

La Salud en Argentina está garantizada por el sistema de salud público, y un sistema de salud privada, conformado por obras sociales y prepagas. Ambas son supervisadas por el Ministerio de Salud, a través de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

El sistema público abarca la atención médica, de acceso universal. Se trata de un conjunto de servicios organizados de tal manera que alcancen a toda la población. De esta forma se garantiza que cada ciudadana y ciudadano obtengan la cobertura que necesitan para prevención, cura y tratamiento de enfermedades. El sistema privado, se subdivide en *obras sociales*, que están financiadas por la contribución de los trabajadores en relación de dependencia, a su grupo familiar primario y convivientes, mediante aportes, la cual es obligatoria. También los jubilados y pensionados que tuvieron afiliación durante su período de actividad con sus familias y convivencias, a través del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI). Y prepagas, que son instituciones médicas privadas con fines de lucro. Su principal función es asegurar cobertura de salud a un sector de la población que puede absorber el costo de una cuota mensual.

3.1.9. Protocolos de actuación

El cuidado de las personas y su familia amerita de profesionales con una capacidad crítica, y responsable en la toma de decisiones acertadas que permitan brindar un cuidado holístico. La toma de decisiones es un elemento esencial en la práctica clínica de los profesionales en salud que requiere de ellos el análisis de los diversos factores que intervienen en las acciones propias de la disciplina. Quezada (2017) afirman que lo más importante de la adecuada toma de decisiones es cómo se conjuga el pensamiento crítico y el juicio clínico del estudiante o profesional para lograr un cuidado con calidad y que aminore cualquier tipo de daño. Así pues, son las características personales, el ambiente y la formación académica pilares

para la toma de decisiones y son relevantes para los nuevos profesionales, puesto que son ellos los que sufren un gran impacto de la llamada "disociación teórica-práctica

Los protocolos de actuación son guías detalladas que incluyen normas de actuación y comportamiento en el sector de la salud. Pueden estar orientados a ciertas circunstancias clínicas, o pueden analizar otras situaciones que se pueden dar en una consulta, como sucede con los protocolos de atención al paciente. Los efectos sobre la salud de estas guías deben medirse mediante un análisis de resultados y eficacia.

Los Protocolos sirven como estrategia para unificar criterios y acordar de forma conjunta el abordaje de diferentes técnicas, terapias y/o problemas de enfermería, basados en la evidencia científica más reciente.

La función de estos está relacionada con:

- Disminución de errores por parte del personal profesional
- Minimización de costos del stock, ya que, al tener claro la administración de estos, hay menos chances de una mala administración
- Una mayor cantidad de pacientes atendidos, ya que, al tener protocolos establecidos, aumenta la velocidad en la toma de decisiones
- Estandarización de procesos
- Mejor supervisión y anticipación a posibles reacciones adversas.
- Ofrecimiento de un servicio de calidad

Este tipo de procesos es extremadamente importante, ya que el personal médico trabaja bajo presión y en muchas ocasiones tienen cortos lapsos de segundos para llevar a cabo la toma de decisiones importantes, que pueden o no involucrar la vida de los pacientes. Es por esto por

lo que los protocolos clínicos en la actualidad son tan importantes, “son como botes salvavidas en el momento en el que no se recuerde o no se sepa cómo actuar” (Hernández Ana, 2021).

En ese sentido, me propongo con esta investigación analizar el impacto emocional y los dilemas éticos que se presentan a los profesionales médicos y enfermeros, cuando la toma de decisiones, que del equipo de salud depende, resulta determinante para el sostenimiento y las condiciones futuras de vida del sujeto de atención.

4. Estado del Arte o Estado en Cuestión

El impacto emocional y los dilemas éticos que enfrentan los profesionales de la salud ante la muerte en el contexto hospitalario han sido objeto de estudio en diversas investigaciones previas, tanto a nivel nacional como internacional. Estos antecedentes proporcionan un marco de referencia valioso para comprender la problemática y orientar la presente investigación.

4.1. Estudios Nacionales

Las investigadoras Huanca, Rosa Daniela y Velásquez, Raiza Hayelen de la Tecnicatura Superior de Enfermería, del Instituto Amado Olmos-ATSA A-896, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en su investigación sobre **El impacto que genera la muerte de pacientes pediátricos en el rol profesional del personal de enfermería**, realizada en el año 2018, resaltaron la importancia que tiene para el personal de enfermería que se halla expuesto a tales situaciones límite, contar con el respaldo de un equipo que les proporcione contención emocional.

Así mismo, destacaron que es de vital importancia que el personal de salud comparta el mismo entendimiento de la muerte como parte de la vida, lo que podría reducir el impacto emocional ante dichas exposiciones y promover en ellos la resiliencia. En el mencionado

estudio, notan, además, el respecto a factores de tipo idiosincrático y culturales que rodea a la muerte, particularmente cuando se trata de niños:

En Argentina, como en casi todo Occidente, la muerte es un proceso contradictorio, temido, evadido y venerado. En este contexto, si quien muere es un niño, la situación se puede tornar más impactante considerando que para nuestra sociedad: los niños representan el futuro (Huanca y Velásquez, 2018).

El objetivo fue comprender el impacto que genera la muerte de pacientes pediátricos en el rol profesional del personal de enfermería del Hospital de niños Dr. Ricardo Gutiérrez de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), durante el período 2018; para ello se realizó un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico. La muestra elegida fue no probabilística por conveniencia a los profesionales enfermeros de la Unidad N°10, Infectología, seleccionado por criterios de inclusión y exclusión. La información analizada se obtuvo por entrevista semiestructurada, grabada y posteriormente transcrita, y observación directa de lenguaje no verbal del personal entrevistado. Los resultados fueron descritos en categorías y subcategorías relacionadas al tema. Al finalizar el estudio se evidenció, que, si el rol de enfermería está enmarcado y sostenido por un equipo de colegas que acompaña el proceso y, además, el profesional entiende a la muerte como parte de la vida, sin anteponer edades al suceso, el impacto se atenúa y permite generar resiliencia.

La literatura existente complementa y amplía este punto de vista en varios aspectos significativos.

También, los investigadores Judith Cartiel Arasa y Marjorie-Thais (2017) realizaron una investigación como final de grado, cuyo objetivo fue **explorar en profundidad la vivencia de las enfermeras ante la muerte de un niño**. La misma fue un estudio cualitativo fenomenológico interpretativo, a partir de grupos focales, constituido por enfermeras, de los

Hospitales Sant Joan de Déu, Corporació Sanitaria Parc Taulí y Hospital Universitari Vall d'Hebron, en unidades pediátricas. Se utilizaron entrevistas grupales para la recolección de datos, recabando información sobre las creencias, experiencias, opiniones y actitudes ante el fallecimiento de un niño. Los datos fueron grabados y posteriormente transcritos y analizados con la ayuda del soporte AnSW. Los estudios hallados evidenciaron que cuando los profesionales de enfermería se enfrentan al fallecimiento de pacientes pediátricos a su cuidado, afloran tres emociones principalmente: ansiedad, miedo y frustración; provocando una actitud negativa ante el cuidado del paciente a final de vida, dando lugar al distanciamiento y la frialdad de los profesionales hacia los pacientes y familiares.

Por un lado, las enfermeras expresan falta de apoyo por parte de las instituciones, ya que estas situaciones forman parte de su labor profesional, porque los profesionales deben familiarizarse, y acostumbrarse a la muerte. Esto resulta necesario para la implicación por parte de las instituciones a fin de conocer cómo se sienten sus trabajadores y cómo los déficits existentes en el sistema, que provocan alteraciones emocionales en los profesionales. Por otro lado, con relación a los profesionales de enfermería con mayor experiencia laboral, la evidencia muestra que aquellos que tienen más experiencia, en general, manifestaron una actitud más positiva ante el fallecimiento pediátrico, lo que se relaciona con su continuo contacto con la muerte, que les ha creado estrategias propias para gestionar sus emociones.

En otro antecedente, García Avendaño D. J. y Ochoa Estrada Ma. C. (2018) buscaron determinar **la actitud de la enfermera ante la muerte de la persona en la unidad de cuidados intensivos**. El estudio fue descriptivo, no probabilístico, con un muestreo a conveniencia, en el que participaron 30 profesionales de enfermería adscritos a una institución de segundo nivel en el estado de Durango, México. Utilizaron un cuestionario de actitudes ante la muerte (CAM), elaborado por Death Attitudes and Self – Reported Health, Relevant

Behaviors, versión cubana. Como resultados relevantes, se observó que la mayoría de los participantes consideraban a la muerte como una posibilidad presente en los profesionales de enfermería y pensar en la muerte no es perder el tiempo, ni considerado morboso, no obstante, el 46,7% refirió que prefiere no pensar en la muerte. Gran parte de los participantes acepta el hecho de la muerte como algo posible en ellos mismos y en los demás, por lo que le dan más significado a la vida, esto le permite tener más responsabilidad y les ayuda al crecimiento personal. También, la mayor parte de los profesionales de enfermería que participaron en el estudio consideran la muerte como un pasaje hacia un lugar donde encontrarán vida y eternidad después de la muerte, por lo que se la espera con placer, no obstante, el 88,7% refiere no encontrar la felicidad después de la muerte. En relación con la perspectiva profesional ante la muerte, se muestra que el profesional de enfermería no considera la muerte de la persona que cuida como un fracaso, aun cuando cree que el más alto sentido del trabajo de enfermería es salvar la vida del paciente. La mayor parte del profesional de enfermería participante en el estudio considera que el contacto frecuente con la muerte hace que esta se vea como algo natural, dado que siempre está la muerte, como una probabilidad en el paciente terminal. Si bien la muerte se ve como un hecho natural, enfrentarse al familiar del difunto es lo que más conmueve al profesional de enfermería. Por último, se evidenció que la muerte es un hecho irreversible, no es algo que perturbe o genere ansiedad al profesional, por lo que no se manifiesta temor no ante la muerte temprana ni ante la posibilidad de contraer una enfermedad mortal. Como conclusión, se evidenció que la actitud del profesional de enfermería ante la muerte puede influenciar su conducta y la forma en que se relaciona con los familiares de este, dado que, en las unidades de terapia intensiva, no está permitido a los familiares más allegados, estar en compañía de sus seres queridos, negando el derecho de acompañar a la persona que muere. A pesar de que la muerte es un hecho real, algo inevitable dentro de la existencia

humana, el profesional mantiene una actitud de evitación frente a este fenómeno, esta actitud le permite evadir los temores y sentimientos que emergen, frente a la experiencia de la persona en etapa final de su vida. Lo que puede generar una actitud defensiva para hacer frente a la posibilidad de su propia muerte dirigiendo el cuidado de la persona a preservar la vida sin importar el uso de la tecnología y medicamentos que no mejores la calidad en el proceso de muerte, sino que solo prolongan un hecho inevitable, volviéndolo en un proceso traumático para la persona que se encuentra en proceso de muerte y sus familiares.

4.2. Estudios internacionales

Otro estudio realizado en los Estados Unidos, California, 2008, se ha explorado **la capacidad de afrontamiento emocional del personal de salud, médicos y enfermeros, ante el abordaje de situaciones límite en pacientes pediátricos**. En esta investigación se halló que los médicos y enfermeros que se enfrentaban a la muerte de pacientes pediátricos mediante las estrategias psicológicas de negación o evitación experimentaban mayores niveles de estrés y agotamiento emocional (Burnout) que aquellos que empleaban estrategias de afrontamiento más adaptativas, como la búsqueda de apoyo social o la reinterpretación positiva de los eventos. En este estudio se pone de manifiesto que el dolor emocional no expresado en los proveedores de atención sanitaria, médicos y enfermeros, que atienden a niños con enfermedades crónicas puede conducir al desarrollo de algunos síntomas de agotamiento emocional (Burnout). Además de describir el alcance del agotamiento emocional en el personal de salud que trabaja en unidades de cuidados intensivos con niños, este estudio se propuso como objetivo secundario evaluar la eficacia de proporcionar seminarios educativos sobre el agotamiento emocional destinado a dicho personal.

Esta investigación ha seguido una metodología cuantitativa. Se entrevistaron 185 profesionales, entre médicos y enfermeros, pertenecientes a un hospital infantil de California. Todos los cuales asistieron a un seminario formativo acerca del síndrome de Burnout y completaron voluntariamente cuestionarios antes y después del seminario. Se utilizó una versión modificada de la Escala de Reajuste Social, un Inventario de Estrés Clínico y una escala de Agotamiento Emocional desarrollada por los investigadores del caso.

Como resultado, se halló que dicho seminario formativo tuvo éxito en la sensibilización (mayor conciencia) sobre el alcance del agotamiento emocional y las estrategias básicas que podrían implementar para la reducción del estrés. Además, los resultados mostraron que el personal de salud que experimentaba niveles más altos de factores estresantes personales fuera del ámbito hospitalario sufre de niveles más altos de estrés clínico y fatiga emocional (Burnout) asociados al quehacer dentro del ámbito hospitalario.

También, en una investigación realizada en Francia en el año 2007, se encontró que **la mortalidad frecuente de pacientes en las unidades de cuidados intensivos está asociada con altos niveles de agotamiento emocional tanto en médicos como en enfermeros**. Este agotamiento puede llevar a la disminución de la calidad de la atención al paciente, al deterioro de la salud mental del profesional y a la reducción de la satisfacción laboral.

Este estudio se ha focalizado en el síndrome de agotamiento emocional (Burnout) asociado con el estrés agudo consecuente a la exposición repetida del personal de salud a situaciones límite y/o muerte de pacientes hospitalizados en el sector de cuidados intensivos.

El objetivo de este estudio ha sido identificar los principales factores determinantes del síndrome de agotamiento emocional o Burnout en los enfermeros de cuidados intensivos. Para ello se realizó una encuesta a 2.392 enfermeros pertenecientes a 278 unidades de cuidados intensivos. Se les administró el Inventario Maslach de Burnout. De los 2.392 encuestados, el

82 % fueron mujeres, y el 18 % varones. Se identificaron síntomas graves de Burnout en 790 (33 %) encuestados. Es decir, se halló que un tercio del personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos padecía síntomas graves de Burnout. Entre los principales factores asociados al Burnout en tales enfermeros, se mencionan: la falta de elección de días de descanso; la asignación al cuidado de pacientes moribundos sin que el personal tenga elección; y el número de decisiones que se toman por semana para desconectar a pacientes de aparatos de soporte vital.

En otro estudio, realizado por la Asociación Norteamericana de Oncología, durante el año 2009, centrado en **la comunicación de “malas noticias” por parte de médicos que trabajan en el sector de oncología clínica** en distintos centros de salud de los Estados Unidos, se halló que el entrenamiento en habilidades de comunicación ha mostrado ser crucial para manejar adecuadamente el impacto emocional que la muerte de pacientes produce en el personal médico. El estudio reveló que los médicos que participaron en un programa de entrenamiento en habilidades de comunicación reportaron menores niveles de angustia emocional cuando tuvieron que comunicar noticias de muerte a los familiares de pacientes.

Por último, la investigación realizada por Karen Giuliana Castañeda Obando, Mirtha Flor Cervera Vallejos (2012), sobre el **significado y resolución de los dilemas éticos para las enfermeras de áreas críticas**. De enfoque investigativo fue cualitativa con abordaje de estudio de caso, el objetivo fue describir y analizar el significado de los dilemas éticos y la resolución que enfrentan las enfermeras de estas áreas, y proponer un modelo de resolución. Pastor, Ferrer, y Thompson sustentaron la base teórica. Se entrevistaron a 21 enfermeras previo consentimiento informado. Los datos se procesaron con análisis de contenido. Como conclusión se identificó que las enfermeras que trabajan en unidades críticas aprecian a diario dilemas relacionados con la conservación de la vida, consideran que hay cierta complejidad al

momento de decidir, por lo que experimentan la duda de hacer y no hacer tal o cual indicación procedimental, ante lo humano y lo científico, ante lo negativo y lo positivo, ante contradicción en las indicaciones médicas que la pueden dejar desamparada en la parte legal. Para otras partes, los dilemas se enrolan dentro de una disyuntiva que las compromete en variedad de dimensiones poniendo en juego sus valores, la educación recibida, sus principios éticos, la propia mística de trabajo, la parte moral de su profesión, la forma de relacionarse y hasta el aspecto espiritual y les produce un desdoblamiento de sentimientos y respuestas encontradas, producido por su afectividad y el choque ante la realidad que perciben y optan por ser responsables.

Las enfermeras declaran que existen decisiones contrapuestas, en primer lugar, por las indicaciones de limitación de esfuerzo terapéutico con la necesidad de soporte vital, especialmente relacionado con la ventilación mecánica, sienten la presión de la familia y del médico, por un lado, de retirar y por otro de continuar, sin embargo, asisten a las personas hasta el final de su vida, consideran a la vida trascendente y que depende de Dios conservarla o quitarla. Las enfermeras de áreas críticas no evidencian la participación de un comité de ética, sin embargo, se requiere tenerlo como apoyo a la solución de los dilemas éticos.

En resumen, el impacto emocional de la muerte, en médicos y enfermeros, es un fenómeno complejo que depende de varios factores, abarcando también, la frecuencia de exposición a la muerte, las estrategias de afrontamiento utilizadas, las habilidades de comunicación y los niveles de resiliencia.

5. Metodología

Esta investigación se adscribe a la modalidad fenomenológica, dado que buscar comprender la esencia de la experiencia de la toma de decisiones en el contexto hospitalario a través de la exploración de las vivencias subjetivas de los profesionales de la salud (médicos y enfermeros).

La presente investigación adopta un enfoque cualicuantitativo para explorar en profundidad el impacto emocional y los dilemas éticos que experimentan los profesionales de la salud ante la muerte en el contexto hospitalario. A través de entrevistas semiestructuradas y observación participante, se busca comprender las experiencias, percepciones y significados que los médicos y enfermeros atribuyen a estas situaciones.

El diseño narrativo permitirá analizar las historias de vida y experiencias de los participantes, identificando patrones y temas recurrentes que arrojen luz sobre los procesos de decisiones y las estrategias de afrontamiento emocional. El carácter no experimental y transversal del estudio garantiza la observación de los fenómenos en su contexto natural y en un momento específico, sin manipulación de variables.

El universo de estudio está constituido por médicos y enfermeros de algunas instituciones públicas y privadas de la Provincia de Buenos Aires, que se desempeñan en los servicios de guardia, unidades críticas y de emergencia. Se seleccionará una muestra intencional de 18 profesionales (médicos y enfermeros), asegurando la representatividad de las diferentes áreas y especialidades involucradas.

El análisis de datos se realizará mediante la combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas. El software ATLAS.Ti facilitará la codificación y análisis temático de las entrevistas, mientras que IBM SPSS permitirá el análisis estadístico descriptivo de los datos cuantitativos obtenidos.

La entrevista semidirigida permitirá explorar en profundidad las experiencias, creencias y valores de los participantes, mientras que la observación participante, basada en la Escala de Valoración Gestual, proporcionará información sobre las manifestaciones no verbales de sus emociones y actitudes.

5.1 Tipo de Estudio: enfoque cualicuantitativo

Los enfoques cualitativos aportan nuevos conocimientos a la práctica profesional, mediante la descripción de situaciones, con el objeto de entender a los individuos en su propio hábitat. Este enfoque ayuda a la disciplina enfermera en la comprensión de realidades sociales, buscando el significado o explicaciones a vivencias, “...la investigación cualitativa es un instrumento apropiado para dar las bases de un cuidado más humanizado, para una atención personalizada, multidisciplinaria al cliente y su familia” (Muñoz, 1995).

Según el texto Cuestión de Métodos, de Roxana Ynoub (2015), el enfoque cuantitativo se basa en la medición de variables y la aplicación de análisis estadísticos para probar hipótesis y generalizar los resultados a una población más amplia (pp 7 a 8)

En las ciencias sociales, en la cual pertenece la disciplina de enfermería, ningún enfoque prevalece sobre el otro, ambos son importantes y arrojan resultados, ambos son trabajados en conjunto, entendiendo, comprendiendo la realidad de lo que se está estudiando, las características y funcionalidades de cada uno de ellos.

5.2. Diseño de Investigación: narrativo, no experimental o fenomenológico, transversal, descriptivo.

El diseño narrativo desagrega la narrativa en partes, las cuales son estudiadas como unidades, buscando características de los relatos. El conocimiento narrativo se adquiere por medio del método de la autoridad, en tanto que éste consiste en admitir un saber o conocimiento de otros sujetos autorizados o reconocidos como autoridad en un cierto tema (Ynoub, 2015).

El diseño no experimental o fenomenológico no manipula la variable en estudio, sino que las observa en su contexto natural para luego analizarlas; transversal descriptivo recolecta los datos en un tiempo y momento único, tiene como objetivo indagar la incidencia de la o las variables, las describe y analiza para entender su significancia.

5.3. Universo o Población Blanco: enfermero/as y médico/as de instituciones públicas y privadas de la Provincia de Buenos Aires (Htal. Provincial Ntra. Sra. De Luján, Clínica Güemes, Htal. Prof. Dr. Luis Güemes, Htal. Nacional Dr. Baldomero Sommer, Htal. Materno Estella de Carlotto, Clínica Modelo de Morón) que desarrollen sus funciones en los servicios de guardia, cuidados intensivos, adultos, neonatal, pediatría.

5.4. Muestra: 18 profesionales enfermero/as y médico/as de instituciones públicas y privadas de la Provincia de Buenos Aires (Htal. Provincial Ntra. Sra. De Luján, Clínica Güemes, Htal. Prof. Dr. Luis Güemes, Htal. Nacional Dr. Baldomero Sommer, Htal. Materno Estella de Carlotto, Clínica Modelo de Morón) que desarrollen sus funciones en los servicios de guardia, cuidados intensivos, adultos, neonatal, pediatría.

5.5. Unidad de Análisis: cada uno de los enfermero/as y médico/as de instituciones públicas y privadas de la Provincia de Buenos Aires (Htal. Provincial Ntra. Sra. De Luján, Clínica Güemes, Htal. Prof. Dr. Luis Güemes, Htal. Nacional Dr. Baldomero Sommer, Htal. Materno Estella de Carlotto, Clínica Modelo de Morón) que desarrollen sus funciones en los servicios de guardia, cuidados intensivos, adultos, neonatal, pediatría.

Los entrevistados fueron informados sobre el objetivo de la investigación, se les manifestó que la misma es anónima y confidencial, con fines académicos, todos aceptaron ser grabados, y dieron su consentimiento al comienzo de la entrevista, de forma oral.

5.6. Criterios de Inclusión / Exclusión:

- a- Ser profesional médico/a
- b- Ser profesional enfermero/a
- c- Estar trabajando al momento de la recolección de datos
- d- Trabajar en institución pública o privada de la Provincia de Buenos Aires
- e- Trabajar en el servicio de guardia, cuidados intensivos, adultos, neonatal, pediatría
- f- Desear participar de la investigación

5.7. Tipo de Muestreo: no probabilístico intencional

Este tipo de muestreo no calcula la probabilidad de selección de la unidad de análisis a estudiar, e intencional dado que se tiene un conocimiento del universo a estudiar, en esta investigación, en primera instancia se identificó los profesionales de la salud que atienden en los servicios de guardia, cuidados intensivos, adultos, neonatal, pediatría; que trabajaran en instituciones de salud públicas o privadas de la Provincia de Buenos Aires, y por último, se identificaron cuáles de estos profesionales tenían mayor contacto con los pacientes y se

descartaron aquellos que no la tenían, por lo que quedaron seleccionados médico/as y enfermero/as.

5.8. Plan Estadístico: IBM SPSS, ATLAS Ti

Se utiliza el software IBM SPSS para el análisis estadístico de los datos cuantitativos dado que permite procesar y analizar datos y realizar predicciones sobre la base de la información proporcionada. Y software ATLAS Ti, para el enfoque cualitativo, dado que nos permite acelerar el proceso de análisis e interpretación mediante la segmentación de los textos, la codificación y la designación de patrones de análisis.

5.9. Instrumento de Recolección de datos: entrevista semidirigida, observación

La entrevista semidirigida, es desarrollada a partir de una guía de preguntas de carácter orientativa, que busca captar la opinión del entrevistado y permite indagar cuestiones particulares, esta, combina dos criterios, por un lado una guía, que se procura cumplir partiendo de los objetivos establecidos, y por otro, pero se deja espacio y se recuperan las derivaciones que surjan del intercambio más allá de las temáticas previstas.

La observación procura captar un fenómeno mediante los sentidos, principalmente la vista, con o sin ayuda de aparatos técnicos específicos. Se clasifica en observación participante y no participante. En esta investigación el método de observación utilizado es participante, dado que el observador interactúa activamente con aquello que observa (entrevistado). La decisión acerca del tipo de involucramiento exigirá evaluar en cada caso la naturaleza de lo observado, los aspectos éticos involucrados en la situación, y cuando sea el caso, las condiciones sociales o institucionales implicadas en la experiencia. En algunas circunstancias

la presencia del observador puede ocultarse sin alterar ni comprometer de manera importante las circunstancias o los eventos observados (Ynoub R, 2015, p 311)

El instrumento observacional se basa en la Escala de Valoración Gestual, ejecutado en las preguntas de enfoque cualitativas, se expresa lo que se siente en un momento determinado acerca de lo que alguien le ha hecho o dicho, o acerca de algo que ha sucedido, en este caso, la pregunta de investigación (conducta no verbal, conducta extralingüística). Se analizan dos tipos de expresiones:

- Expresión facial que muestre lo que se está sintiendo, para decir lo que sentimos, no siempre hacen falta palabras.
- Expresión corporal coherente con lo que decimos y con la expresión facial. Los gestos, la postura y la orientación de su cuerpo acompañan lo que se está diciendo.

Las emociones son la base con la cual se acomodan los sentimientos, teniendo en cuenta que hay rasgos faciales propios de cada emoción. (Ver anexos)

Todos los participantes de esta investigación brindaron su consentimiento informado de manera oral, autorizando su participación y el uso de sus testimonios. Dicho consentimiento quedó registrado en las grabaciones de cada entrevista, garantizando así el respeto a su voluntad y la ética en el proceso de investigación (ver consentimiento informado p 204).

6. Operacionalización de la Variable

6.1 Operacionalización de variable - Cuantitativo

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DIMENSIONES	INDICADOR	Pregunt a	CATEGORÍAS
Sexo	Condición orgánica		Sexo	1	a- Femenino b- Masculino c- No binario
Edad	Tiempo que ha vivido		Edad	2	a- 20 – 29 b- 30 – 39 c- 40 – 49 d- 50 o más
Formación Académica	Educación impartida en instituciones de enseñanza de nivel terciario o	Título Profesional	Nivel Académico	3	a- Enfermero b- Lic. en Enfermería c- Post grado en

	universitario				Enfermería d- Médico e- Especialista médico
Situación laboral	Contempla la existencia de distintos puestos con distintas responsabilidades y beneficios en una organización	Aspectos laborales	Antigüedad laboral	4	a- Menos de 5 años b- 6 a 10 años c- 11 a 15 años d- 16 a 20 años e- 21 o mas
			Servicio en el que se desempeña profesionalmente	5	a- Guardia Adulto b- Guardia Pediátrica c- Guardia Neonatal

			d- UTI e- UTIP f- UTIN
	Cargo	6	a- Enfermero/a b- Médico / a c- Supervisor/a d- Jefe/a de piso e- Jefe/a de departamento f- Otros
Carga laboral	¿Alguna vez presencié morir a un paciente en su guardia?	7	a- Sí b- No c- No recuerdo

			¿Alguna vez presencié morir a un paciente que estaba a su cuidado?	8	a- Sí b- No c- No recuerdo
			¿Alguna vez se pensó como un ser de sostén?	28	a- Sí b- No c- Nunca lo pensó
			¿Alguna vez se planteó las decisiones médicas tomadas?	10	a- Sí b- No c- No recuerdo
Aspecto emocional	Reacciones conductuales, fisiológicas y subjetivas, activadas por una información proveniente del	Factores personales se ponen en juego en la toma de decisiones			

	mundo externo y/o interno del individuo				
			¿Alguna vez le cuestionó al médico tratante la decisión que tomó?	11	a- Sí b- No c- No recuerdo
		Valores de los profesionales de la salud	¿Alguna vez se planteó qué decisión le gustaría que tomaran hacia su persona, si usted estuviera en etapa terminal?	13	a- Sí b- No c- No sabe

	¿Cree en un ser superior?	16	a- Sí b- No
	¿Cómo lo llama	16	a- Abrahán b- Dios c- Universo d- Ser superior
	¿Presenció enseñamiento terapéutico en una de sus guardias?	19	a- Sí b- No c- No recuerdo

			¿Cuántas veces presencié el ensañamiento terapéutico?	20	a- Una b- Más de una c- Nunca presencié
			¿Tuvo, alguna vez, que transmitir alguna “mala noticia”?	25	a- Sí b- No c- No recuerdo
			¿Sintió, alguna vez, que la orden de mantener con vida a un paciente no era la mejor decisión,	24	a- Sí b- No

			sabiendo que, de seguir con vida, las condiciones físicas, psíquicas y motoras de este serían las mínimas?		
			Si pudiera identificar, entre uno de estos valores, que represente al equipo de profesionales con el que	30	a- Respeto b- Tolerancia c- Bondad d- Confianza e- Paz f- Solidaridad g- Amor h- Justicia

			trabaja, ¿cuál elegiría?		i- Responsabilidad j- Honestidad k- Fraternidad
Protocolos de actuación	Documento que establece las instrucciones a seguir para determinadas acciones o intervenciones	Protocolos	¿En su servicio usan protocolos de actuación?	21	a- Sí b- No c- No sabe
			¿Cuáles actuaciones, cree usted que deberían ser protocolizadas?	22	a- ACV b- Adm. Medicamentos c- AVC

					d- AVP e- Caídas f- Catéter epidural g- Colocación sonda h- Colostomía i- Dolor j- Hipotermia k- NS/NC l- RCP m- Recuperación cardio n- Todas o- Ventilación invasiva
--	--	--	--	--	--

6.2. Codificación - Cualitativo

Dimensión	Aspecto por Estudiar	Código Emergente	Grupo de Código
Impacto emocional	Primer sentimiento emergente al morir un paciente	Acostumbramiento Alivio Angustia Compromiso con el paciente Existencia de compromiso profesional Existencia de recursos profesionales Felicidad Involucramiento Ira	Sentimientos

		Negligencia Neutral No sabe / No contesta Pena Tristeza	
	Sentimiento ante el dolor de un familiar	Adrenalina Desprecio por los compañeros del paciente Impotencia No está presente No sabe / No contesta Pena	Sentimientos
	Reacción ante el dolor de un familiar	Acompañando Administrar medicación	Intervenciones

		Conteniendo Defrifying Existencia de formación profesional Involucrándose No está en ese momento Ser parte de un recuerdo Silencio	
Factores en la toma de decisiones	Caso o situación que marcó la carrera profesional	Adulto, se trabajó en equipo interdisciplinario No sabe / No contesta Pediátrico Pediátrico, existencia de conflicto entre profesionales Pediátrico, existencia de conflictos entre los compañeros del paciente Pediátrico, los compañeros del paciente reclamaron que no lo dejaron acompañar en los últimos momentos de la vida	Paciente que recuerda

		Pediátrico, no se esperaba su muerte Recuerda al paciente Aprendizaje profesional Falta de ética profesional Falta de formación profesional Todos los casos nos dejan algo Era estudiante No actúa ante situaciones límites	Opinión Intervenciones Sentimientos
--	--	---	--

		Involucramiento	
		Vivencia del sufrimiento de los compañeros del paciente	
	Decisión sobre su condición de vida	Cuidados Humanizados Miedo a la muerte No invadir No sabe / No contesta No sufrimiento Respeto hacia su persona Se respeta las decisiones personales Seguir con vida Tomen decisiones éticas	Opinión
	Visión sobre el después de la muerte	Algo bueno No más dolor	Creencia

		Otra vida Paz Plano espiritual Reencarnación Tranquilidad Vida Feliz	
Meta – código de Ética	Opinión sobre enseñamiento terapéutico	Estoy medianamente de acuerdo No estoy de acuerdo Convivimos rodeados de diferentes seres con diferentes características Debería ser penalizado Difícil de erradicar Es ensayo - error Hay que ponerse en lugar del otro	Ensañamiento terapéutico Opinión

		La muerte es parte de la vida Necesidad de normatizar las intervenciones Necesidad de respeto por las personas No se piensa en la condición de vida futura del paciente Relación con el poder Se hace iatrogenia de la situación Todo tiene un límite Violencia Falta de ética Se debe tener un pensamiento crítico, racional y lógico Crueldad Frustración	Valores Sentimientos
--	--	---	------------------------------------

	Cuestionamiento al superior sobre decisiones tomadas	Desidia profesional Falta de ética profesional Las decisiones las toman los jefes médicos. No No es ético el reclamo hacia el profesional médico No respondieron al cuestionamiento del profesional Nunca hizo un reclamo Si respondieron al cuestionamiento del profesional	Opinión
	Opinión sobre la sedación	Estoy de acuerdo Estoy de acuerdo, depende de la intencionalidad Estoy de acuerdo, en el final de vida	Opinión

		Estoy de acuerdo, evitar el sufrimiento Estoy de acuerdo, si es pedido del paciente Intervenciones con ética No sabe / No contesta Pro - Vida	
Protocolos de actuación	Opinión sobre la protocolización de las acciones profesionales	Evitan errores Los protocolos son necesarios No sabe / No contesta No se usan	Opinión
	Motivos por lo que no se usan los protocolos	Cuestiones jerárquicas Cuestiones personales El enfermero tiene múltiples dones	Opinión

		El personal no se amolda a las modalidades de trabajo Falta de capacitación del personal Falta de coordinación eficiente Idiosincrasia institucional Irresponsabilidad profesional Interposición política Enfermeros somos seres con derechos Los protocolos marcan límites No sabe / No contesta	
El acto del cuidado	Acciones o intervenciones ante la muerte de un paciente	Acondicionamiento del óbito Avisa a los superiores Da espacio a los compañeros del paciente para despedirse Deja solo al óbito El médico no acompaña en el deceso	Acciones o intervenciones

		Llama al médico para que constate el deceso Negación del profesional interviniente Respeto al óbito Reza Se acompaña a los compañeros del paciente	
	Acciones o intervenciones ante la muerte inminente de un paciente	Asegura que el paciente no tenga dolor Avisa a los superiores Brindan cuidados humanizados Decisiones racionales Dejan que el paciente esté acompañado El equipo profesional asiste al paciente en todo momento El equipo profesional no interviene si no es necesario El paciente o los compañeros toman las decisiones Enfermería no toma decisiones	Acciones o intervenciones

		Involucramiento Los compañeros no acompañan al paciente Los compañeros participan del acondicionamiento del paciente Los compañeros ven al óbito con la aparatología que tenía al deceso Los profesionales se resisten a que muera el paciente	
--	--	---	--

Observación: Se entiende los conceptos de:

- *Pena*: engloba a las palabras "angustia", "dolor", "llanto" y "tristeza". Hace referencia a un sentimiento de tristeza, dolor o sufrimiento emocional que puede manifestarse de diversas maneras, como llanto, angustia o desánimo.
- *Compañero*: se utiliza para referirse a "familiar" y/o "amigo", dado que según definición de la Real Academia Española (RAE), un compañero es alguien con quien se comparte una relación cercana y amistosa, ya sea por vínculos familiares, laborales o de amigo

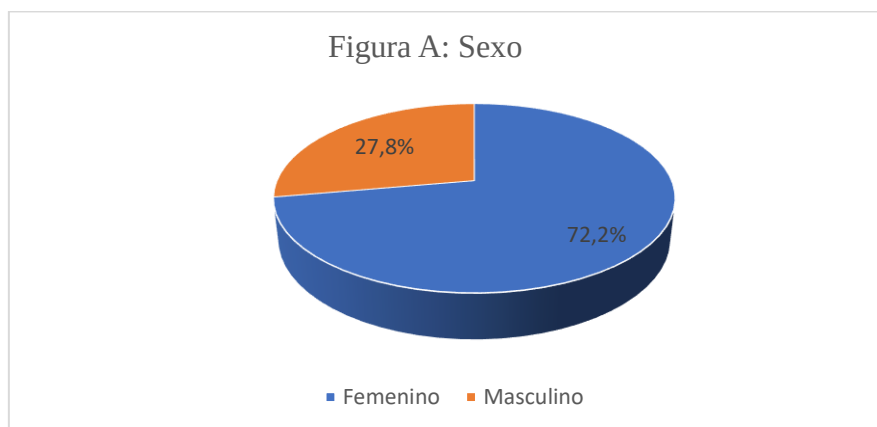
7. Marco Empírico

7.1. Plan de tabulación y Análisis de Datos

Tabla nro. 1: Sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Femenino	13	72,2	72,2
Masculino	5	27,8	100,0
Total	18	100,0	

Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud



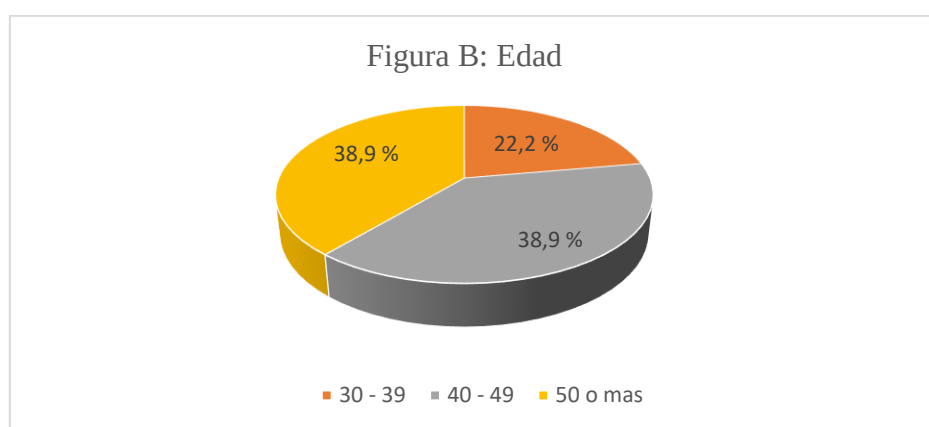
Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud

Descripción: El 72,2 % de los entrevistados son de sexo femenino, mientras que el 27,8% son masculinos.

Tabla nro. 2: Edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
30 - 39	4	22,2	22,2
40 - 49	7	38,9	61,1
50 o más	7	38,9	100,0
Total	18	100,0	

Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud



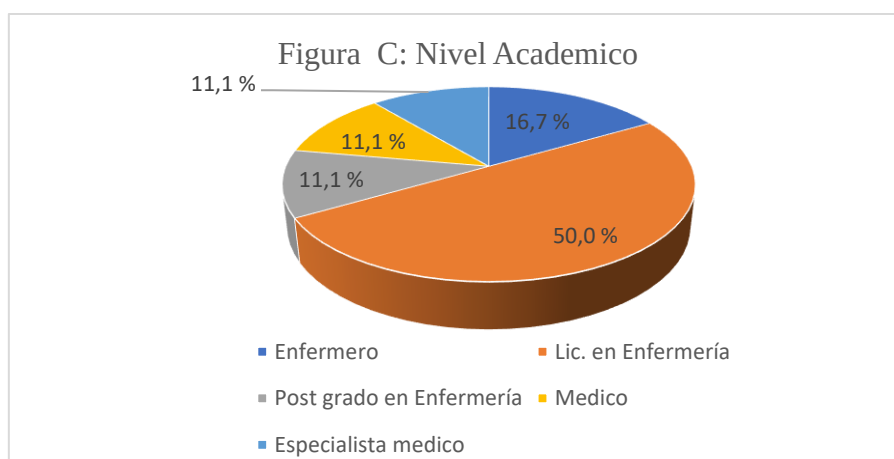
Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud

Descripción: El 38,9 % de los entrevistados tienen 40 o más años, mientras que el 22,2%, entre 30 y 39 años.

Tabla nro. 3: Nivel académico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Enfermero/a	3	16,7	16,7
Especialista	2	11,1	27,8
Médico/a			
Lic. en Enfermería	9	50,0	77,8
Médico	2	11,1	88,9
Posgrado en Enf.	2	11,1	100,0
Total	18	100,0	

Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud



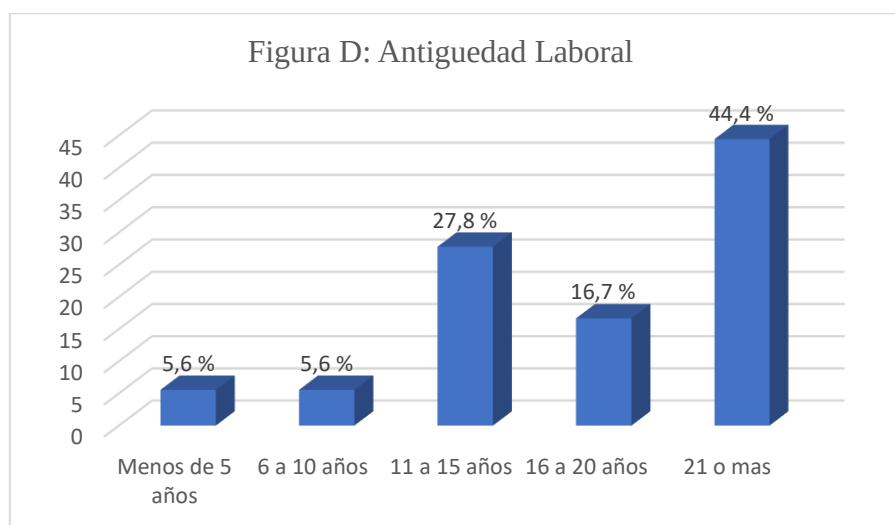
Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud

Descripción: El 50% de los participantes son Lic. en Enfermería; el 16,7%, enfermeros y el 11,1% tienen otras profesiones (médico, esp. médico, posgrado en enf.).

Tabla nro. 4: Antigüedad laboral

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
11 a 15	5	27,8	27,8
16 a 20	3	16,7	44,4
21 o más	8	44,4	88,9
6 a 10	1	5,6	94,4
Menos de 5	1	5,6	100,0
Total	18	100,0	

Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud



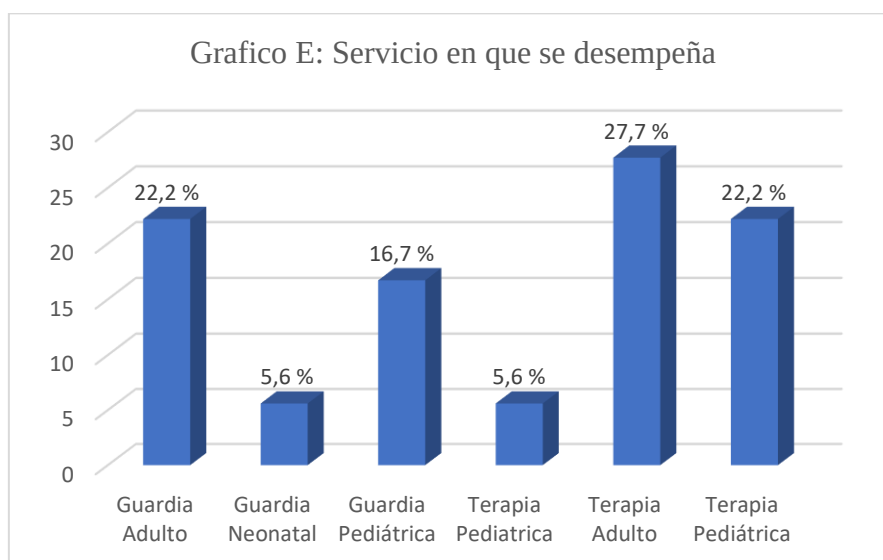
Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud

Descripción: En cuanto a la antigüedad laboral, el 44,4% tienen 21 años o más; el 27,8%, entre 11 y 15 años; el 16,7 %, entre 16 y 20 años y el 5,6 %, entre 6 y 10 años, al igual que los que tienen menos de 5 años.

Tabla nro. 5: Servicio en que se desempeña

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Guardia Adulto	4	22,2	22,2
Guardia Neonatal	1	5,6	27,8
Guardia Pediátrica	3	16,7	44,4
Terapia Pediátrica	1	5,6	50,0
Terapia Adulto	5	27,7	77,8
Terapia Neonatal	4	22,2	100,0
Total	18	100,0	

Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud



Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud

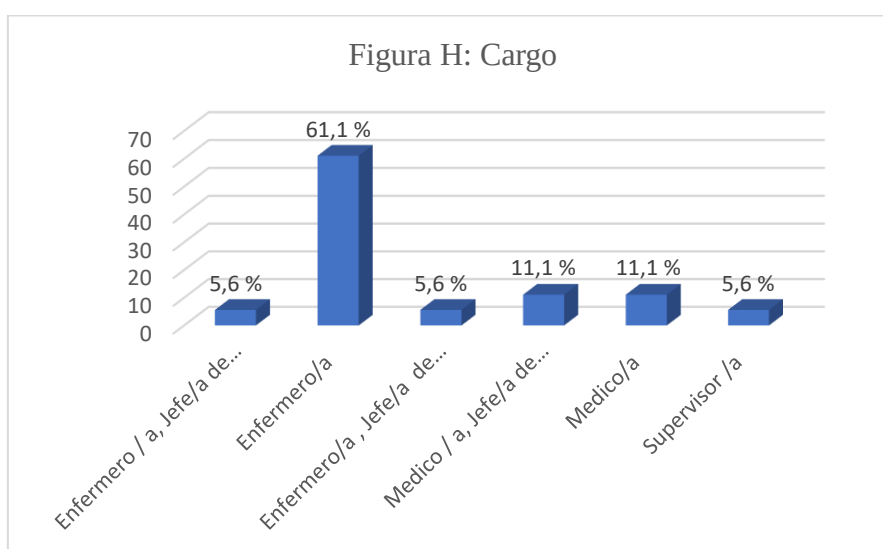
Descripción: El 27,7 % se desempeña en la UT, el 22,2% en las unidades de guardia adulto y UTIN, el 16,7% en guardia pediátrica, y el 5,6% en guardia neonatal y UTIP.

Tabla nro. 6: Cargo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Enfermero / a, jefe/a de Departamento	1	5,6	5,6
Enfermero/a	11	61,1	66,7
Enfermero/a, jefe/a de Piso	1	5,6	72,2

Medico / a, jefe/a de Departamento	2	11,1	83,3
Medico/a	2	11,1	94,4
Supervisor /a	1	5,6	100,0
Total	18	100,0	

Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud



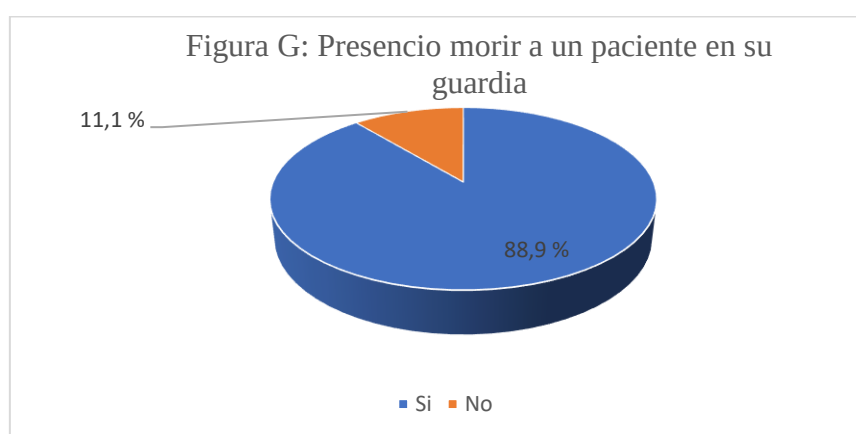
Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud

Descripción: El 61,1 % de los profesionales entrevistados cumplen el cargo de enfermero/as, el 11,1 % de medico/a jefe/a de departamento y médico/a, y el 6,6% de enfermero/a jefe/a de departamento, enfermero/a jefe/a de piso o supervisor/a.

Tabla nro. 7: Presenció morir a un paciente en su guardia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	2	11,1	11,1
Sí	16	88,9	100,0
Total	18	100,0	

Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud



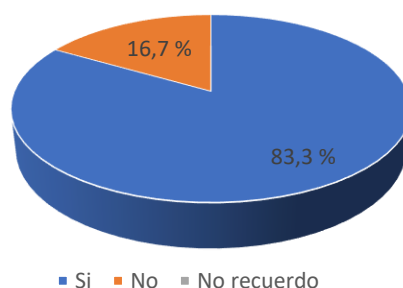
Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud

Descripción: El 88,9% de los encuestados presenció morir un paciente en su guardia, mientras que el 11,1% no.

Tabla nro. 8: Presenció morir a un paciente que estaba a su cuidado

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	3	16,7	16,7
Sí	15	83,3	100,0
Total	18	100,0	

Figura H: Presencio morir un paciente que estaba a su cuidado



Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud

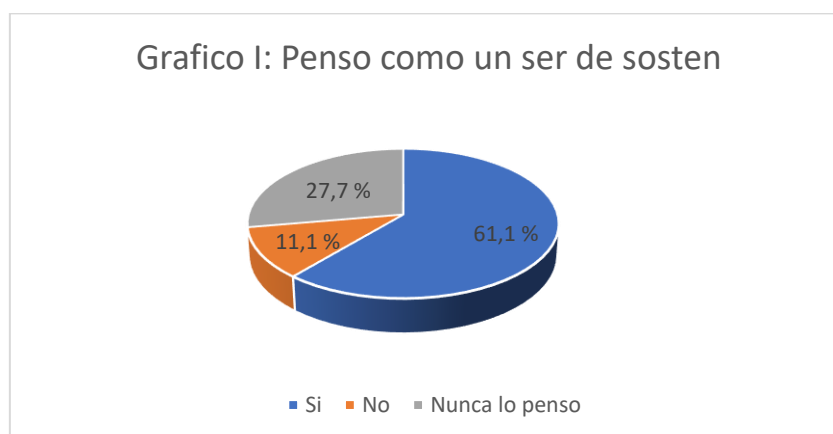
Descripción: El 83,3% de los entrevistados presenció morir un paciente que estaba a su cuidado, mientras que el 16,7% no.

Tabla nro. 9: Pensó como un ser de sostén

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	11	61,1	61,1
No	2	11,1	72,2
Nunca lo pensó	5	27,7	99,9

Total	18	99,9	
-------	----	------	--

Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud



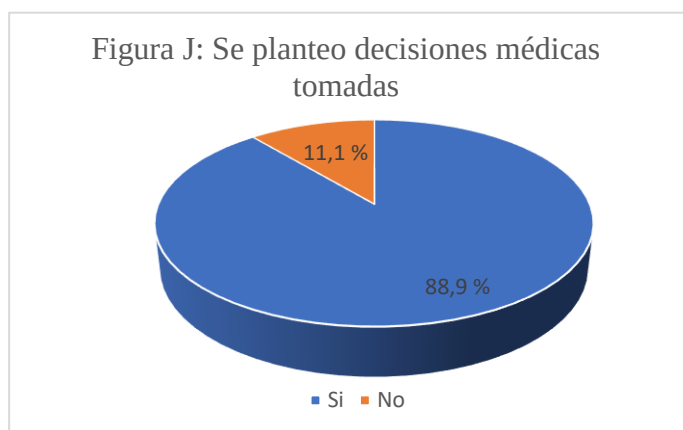
Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud

Descripción: El 61,1% de los profesionales entrevistados sí se pensaron como un ser de sostén, el 27,7% nunca lo hizo y el 11,1% no se piensa como un ser de sostén.

Tabla nro. 10: Planteamiento de las decisiones médicas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	2	11,1	11,1
Sí	16	88,9	100,0
Total	18	100,0	

Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud



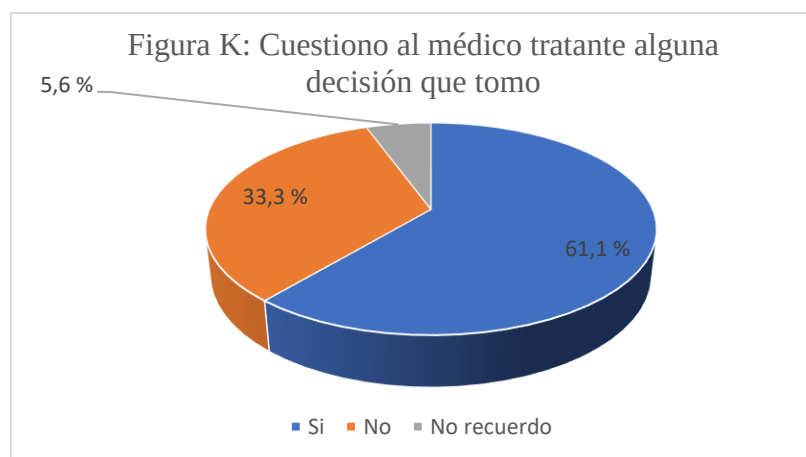
Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud

Descripción: El 88,9 % se planteó las decisiones médicas tomadas, mientras que el 11,1% nunca lo hizo.

Tabla nro. 11: Cuestionamiento al médico tratante sobre las decisiones tomadas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	6	33,3	33,3
No recuerdo	1	5,6	38,9
Sí	11	61,1	100,0
Total	18	100,0	

Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud



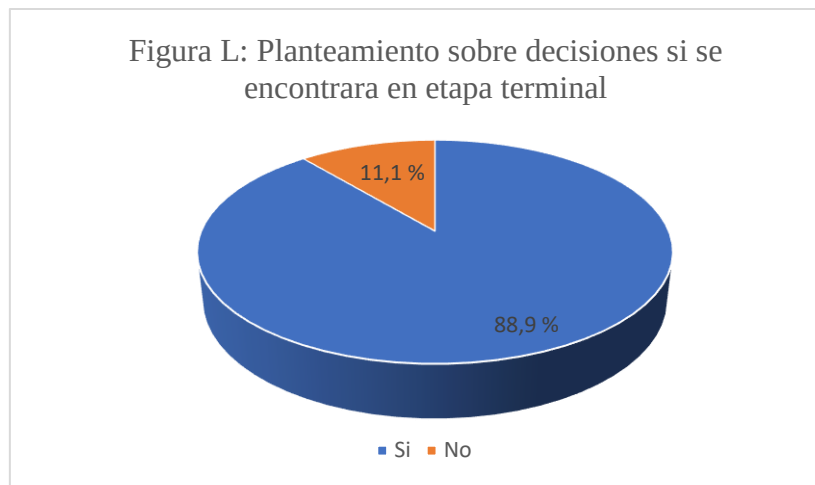
Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud

Descripción: El 61,1% se cuestionó las decisiones del médico tratante, el 33,3% nunca lo hizo y el 5,6% no recuerda haberlo hecho.

Tabla nro. 12: Decisión si se encontrara en etapa terminal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	2	11,1	11,1
Sí	16	88,9	100,0
Total	18	100,0	

Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud



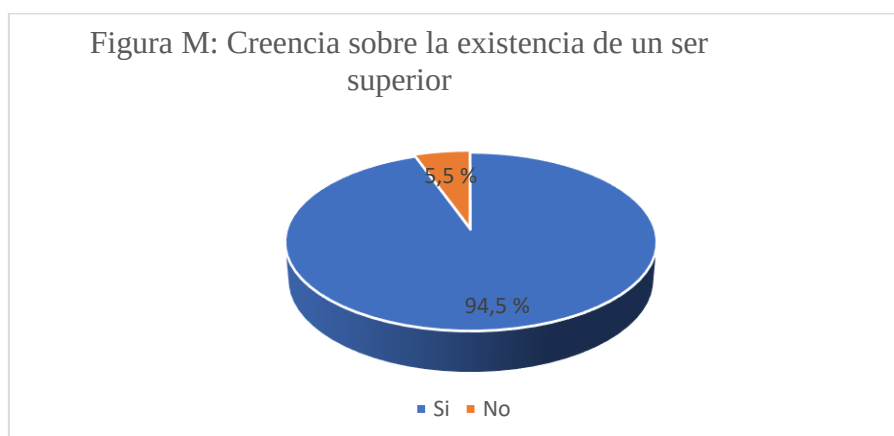
Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud

Descripción: el 88,9% se plantea las decisiones que tomaría si se encontrara en una etapa de vida terminal, el 11,1% nunca se lo planteó.

Tabla nro. 13: Creencias sobre la existencia de un ser superior

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	17	94,5	94,4
No	1	5,5	100
Total	18	100	

Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud



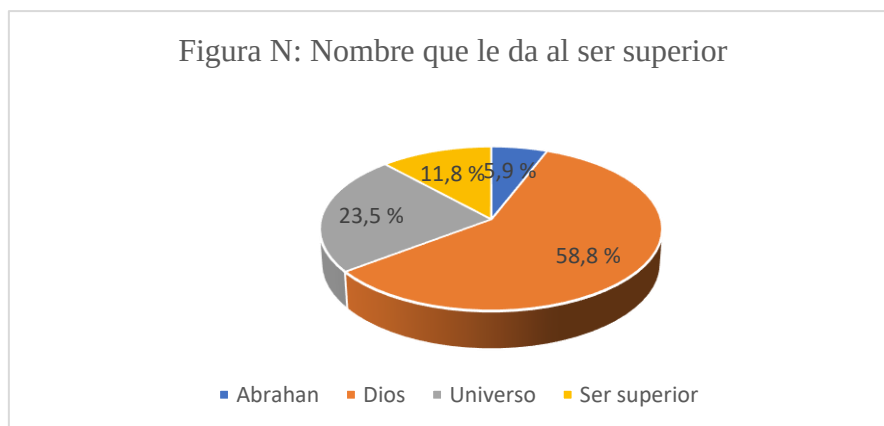
Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud

Descripción: El 94,5% de los entrevistados creen en la existencia de un ser superior, solo el 5,5%, corresponde a un solo entrevistado, no cree.

Tabla nro. 14: Nombre que le da al ser superior

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Abrahán	1	5,9	5,9
Dios	10	58,8	64,7
Universo	4	23,5	88,2
Ser superior	2	11,8	100
Total	17	100	

Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud



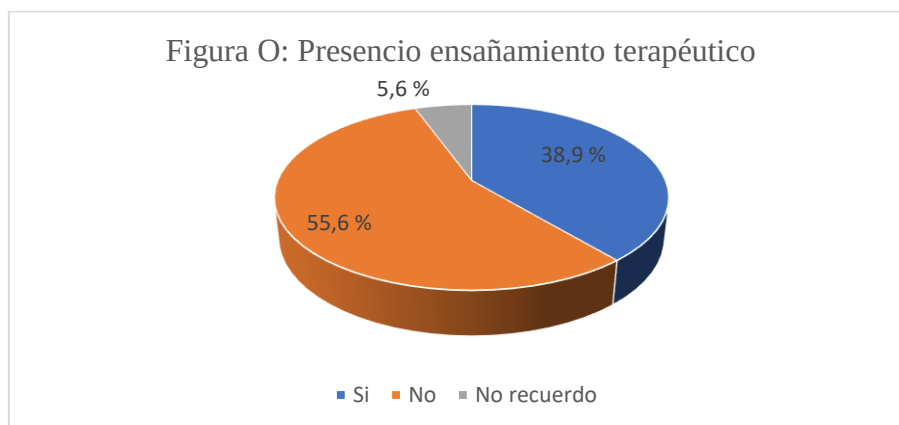
Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud

Descripción: Del total de los entrevistados que contestaron que creen en la existencia de un ser superior (94,5%) el 58,8% lo llama Dios, el 23,5% Universo, 11,8% Ser Superior y 5,9% Abrahán.

Tabla nro. 13: Presenció ensañamiento terapéutico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	10	55,6	55,6
No recuerdo	1	5,6	61,1
Sí	7	38,9	100,0
Total	18	100,0	

Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud



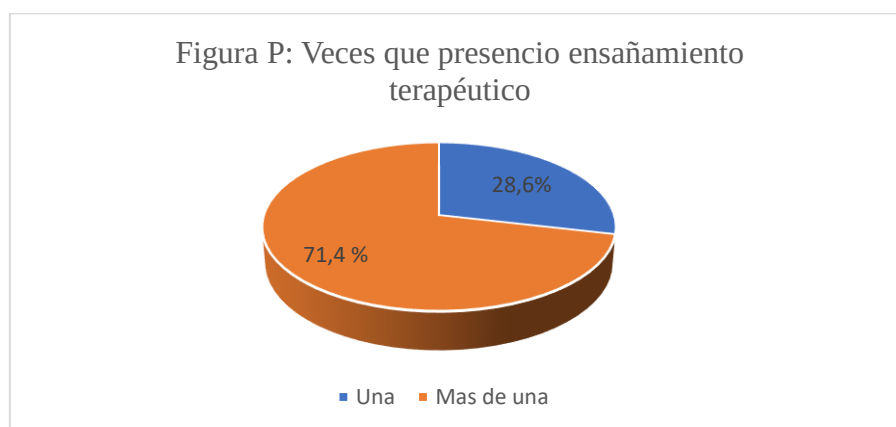
Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud

Descripción: El 55,6% nunca presenció ensañamiento terapéutico, el 38,9% si, mientras que el 5,6% no recuerda haber presenciado.

Tabla nro. 14: Veces que presencié ensañamiento terapéutico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Una	2	28,6	28,6
Más de una	5	71,4	100
Total	7	100	

Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud



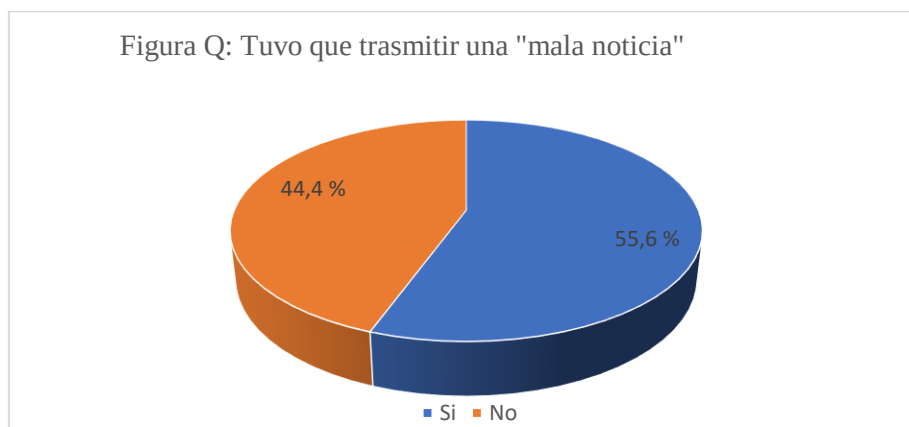
Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud

Descripción: El 71,4 % de los entrevistados que presenciaron ensañamiento terapéutico, lo hicieron más de una vez, y el 28,6 % solo una vez.

Tabla nro. 15: Transmitir una mala noticia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	8	44,4	44,4
Sí	10	55,6	100,0
Total	18	100,0	

Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud



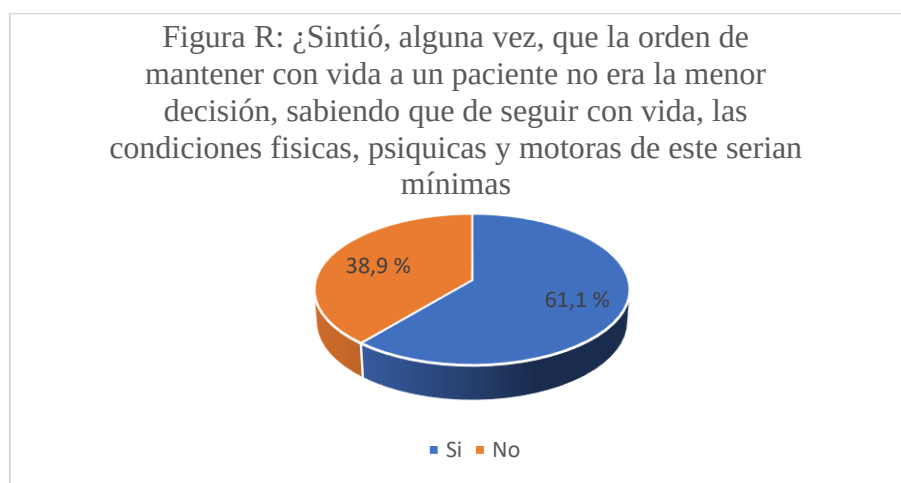
Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud

Descripción: El 55,6% de los entrevistados nunca transmitió una “mala noticia”, mientras que el 44,4% si lo hizo.

Tabla nro. 16: ¿Sintió, alguna vez, que la orden de mantener con vida a un paciente no era la mejor decisión, sabiendo que, de seguir con vida, las condiciones físicas, psíquicas y motoras de este serían las mínimas?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	11	61,1	61,1
No	7	38,9	100
Total	18	100	

Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud



Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud

Descripción: El 61,1% de los profesionales entrevistados, sintieron alguna vez, que la decisión de mantener con vida a un paciente no era la mejor decisión, dado que sabían que de seguir este con vida, las condiciones físicas, psíquicas y motoras estarían reducidas al mínimo. El 39,9% restante nunca lo sintió.

Tabla nro. 17: Valores del equipo profesional

V: Respeto

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	9	50,0	50,0
Sí	9	50,0	100,0
Total	18	100,0	

Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud

V: Tolerancia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	11	61,1	61,1
Sí	7	38,9	100,0
Total	18	100,0	

Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud

V: Bondad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	16	88,9	88,9
Sí	2	11,1	100,0
Total	18	100,0	

Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud

V: Confianza

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	12	66,7	66,7
Sí	6	33,3	100,0

Total	18	100,0	
-------	----	-------	--

Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud

V: Paz

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	16	88,9	88,9
Sí	2	11,1	100,0
Total	18	100,0	

Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud

V: Solidaridad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	13	72,2	72,2
Sí	5	27,8	100,0
Total	18	100,0	

Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud

V: Amor

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	14	77,8	77,8
Sí	4	22,2	100,0
Total	18	100,0	

Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud

V: Justicia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	15	83,3	83,3
Sí	3	16,7	100,0
Total	18	100,0	

Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud

V: Responsabilidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	5	27,8	27,8
Sí	13	72,2	100,0

Total	18	100,0	
-------	----	-------	--

Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud

V: Honestidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	15	83,3	83,3
Sí	3	16,7	100,0
Total	18	100,0	

Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud

V: Fraternidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	14	77,8	77,8
Sí	4	22,2	100,0
Total	18	100,0	

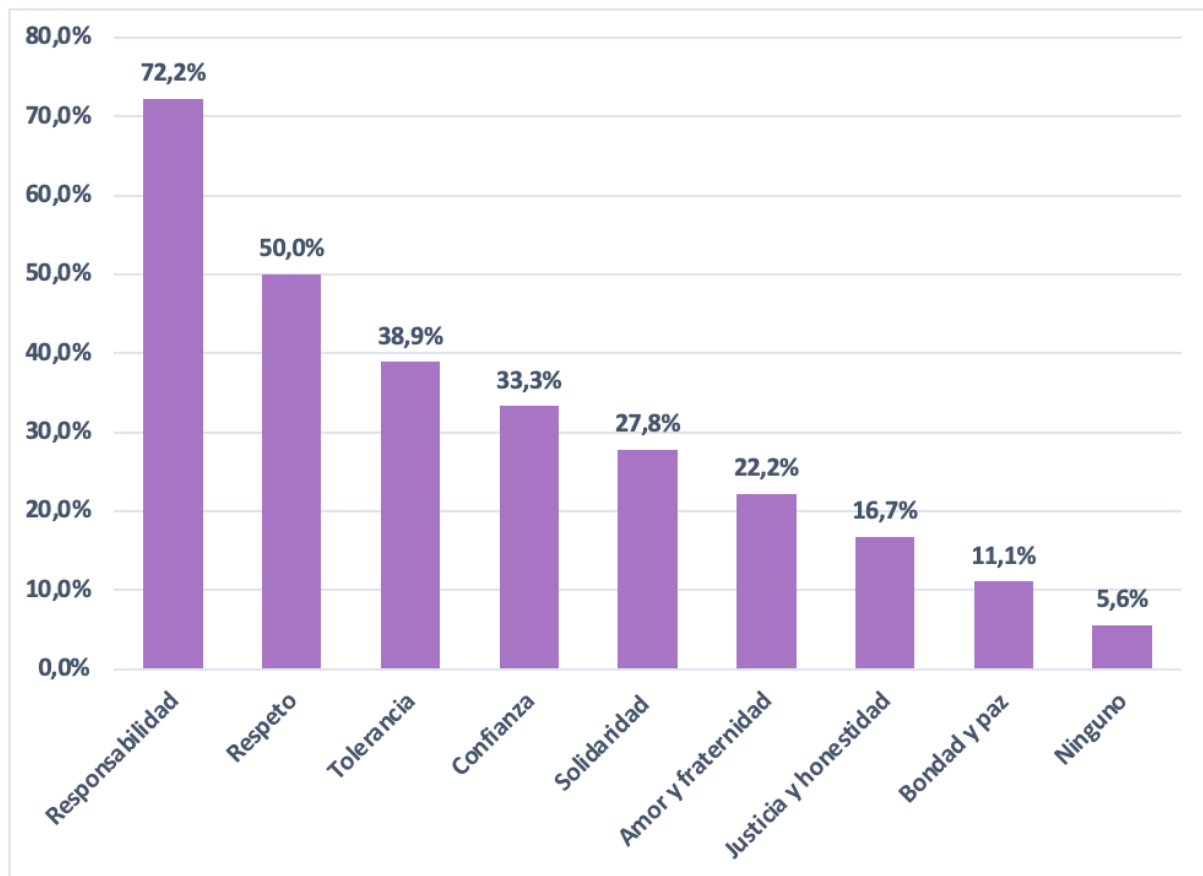
Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud

V: Ninguno

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	17	94,4	94,4
Sí	1	5,6	100,0
Total	18	100,0	

Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud

Descripción: Los entrevistados refirieron, en cuanto a los valores del equipo de profesionales con los que trabajan, que se destacan en un 72,2% responsabilidad, 50% respeto, 38,9% tolerancia, 33,3% la confianza, 27,8% solidaridad, 22,2% el amor y la fraternidad, 16,7% la justicia y honestidad, 11,1% bondad y paz y en un 5,6% ningún valor humano.

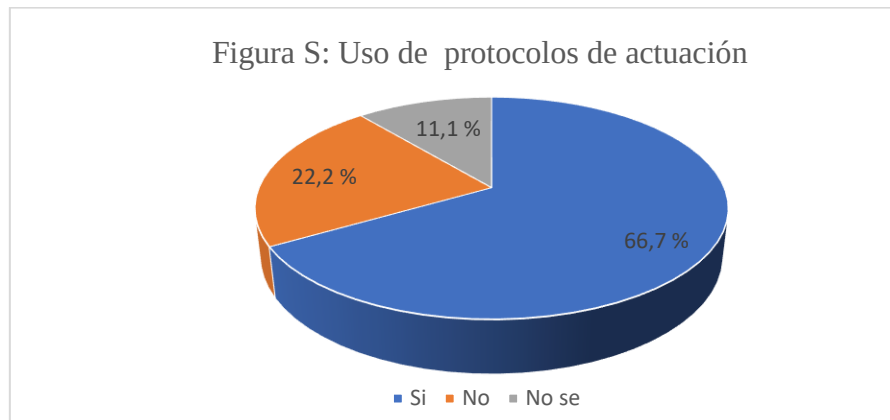


Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud

Tabla nro. 17: Uso de protocolo de actuación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	4	22,2	22,2
No se	2	11,1	33,3
Sí	12	66,7	100,0
Total	18	100,0	

Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud



Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud

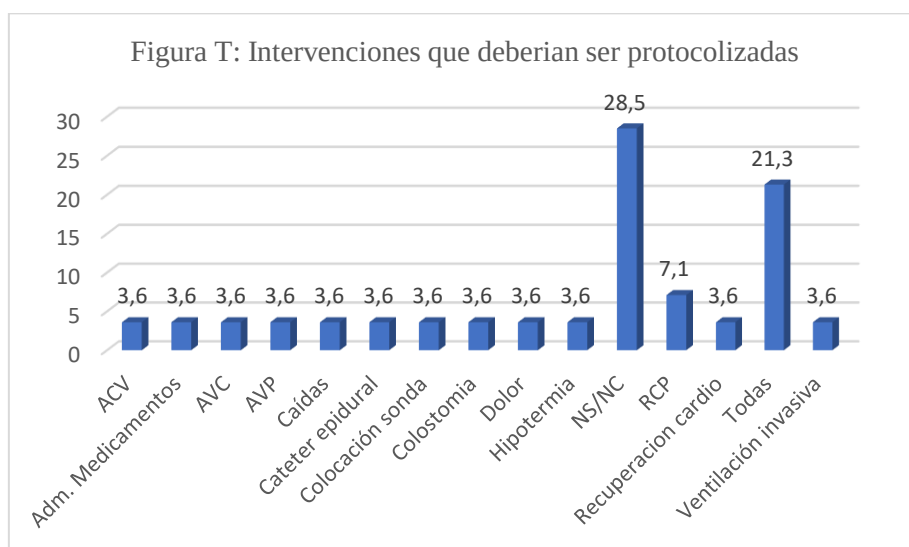
Descripción: Con respecto a la utilización de protocolos de actuación, los entrevistados refirieron que el 66,7% si lo usan, 22,2% no y el 11,1% no conoce de su funcionalidad.

Tabla nro. 18: Intervenciones que deberían ser protocolizadas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
ACV	1	3,6	3,6
Adm. Medicamentos	1	3,6	7,2
AVC	1	3,6	10,8
AVP	1	3,6	14,4
Caídas	1	3,6	18

			21,
Catéter epidural	1	3,6	6
			25,
Colocación sonda	1	3,6	2
			28,
Colostomía	1	3,6	8
			32,
Dolor	1	3,6	4
Hipotermia	1	3,6	36
			64,
NS/NC	8	28,5	4
			71,
RCP	2	7,1	6
			75,
Recuperación cardio	1	3,6	2
			96,
Todas	6	21,3	5
			100
Ventilación invasiva	1	3,6	,1
Total	28	100,1	

Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud



Fuente: entrevista realizada por Esp. Prof. Lic. Laura C.E. Bellini. El impacto emocional y los dilemas éticos en los profesionales de la salud

Descripción: El 28,5% de los entrevistados respondieron que no saben o no contestaron ante la preguntas de cuál o cuáles intervenciones deberían ser protocolizadas, el 21,3% refirió que todas, 7,1% RCP y el 3,6 % refirieron ser accidente cerebro vascular (ACV), Administración de Medicamentos, acceso venoso central (AVC), acceso venoso periférico (AVP), protocolos para caídas, protocolo para catéter epidural, para colocación de sondajes, para cambios de colostomía, protocolo para el dolor, protocolo para la hipotermia, para pacientes en recuperación cardiovascular , o para pacientes con ventilación invasiva.

7.2. Reportes de datos

a- Examinar la reacción emocional de los profesionales de la salud ante la muerte de un paciente

Pregunta: Primer sentimiento emergente al morir un paciente

	Respuesta	Código Emergente
E1	“Sentimientos encontrados. El Primer paciente no te lo olvidás más, fue angustiante, fue estresante” (tristeza, cambio en el timbre de voz)	Tristeza Angustia
E2	“De Lastima” (cambio en el timbre de voz)	Tristeza
E3	“Que no lo quise mandar a clínica médica, que mande al enfermero a que traiga una vía para canalizarlo y oxígeno con una bigotera. Y a todos los pacientes porque era el geriátrico y se nos estaba muriendo un hermano. Fuimos despidiéndolo de a poquito. Y él nos estaba agradeciendo. Y él se murió emocionado, agradeciendo. Y nosotros lo despedimos emocionados. A partir de ese día, nunca más un paciente, que no se pueda resolver la situación que tenía, que se estaba muriendo, se trasladaba, moría entre nosotros, porque son nuestra familia.”	Neutral Involucramiento

E4	“Impotencia, angustia. También soy madre y me toca esta situación, y nosotros acompañamos tanto al paciente como esa madre. En ese momento se permitía tener un familiar o dos, al tener un paciente en una condición terminal, para poder acompañar, y acompañarlo es muy difícil, acompañar sin involucrarse, si bien la literatura dice que uno para hacer una excelente profesional debería no involucrarse tanto, los cuidados humanizados hacen que uno también se involucre.”	Tristeza Involucramiento
E5	“Tristeza, porque se iba una persona que yo no podía hacer nada, pero después, con el tiempo, eso fue desapareciendo. Los pacientes son ambulatorios, pero uno no deja de tener afecto por las personas. Ahora, me toca la partida, pero no me causa más tristeza.”	Tristeza Acostumbramiento
E6	“La primera vez fue un alivio porque hubo mucho ensañamiento, era un prematuro extremo, 500 gramos, con sangrado profuso, se ensañaron y estuvo así con toda la complejidad, toda la patología	Alivio Compromiso profesional Involucramiento

	para el soporte vital una semana. Y se me hizo como que en algún momento la madre pensó que iba a salir y eso fue duro, y cuando se murió fue un alivio porque la secuela que iba a tener ese chico era tremenda, pero la madre no lo sabía y a veces uno piensa mejor que sufra un poco y no que quede con esa secuela, bueno, algo muy personal. Los otros, se podrían haber evitado, pero siempre un sentimiento muy sentido.”	
E7	“El primer sentimiento que me nació más que sentimiento acción, fue de acompañarlo hasta la última respiración y darle confort.”	Acostumbramiento Involucramiento
E8	“De qué ese paciente tuviera una muerte digna, de que este acompañado, no solo de la familia sino de los profesionales.”	Felicidad
E9	“El primer sentimiento es un sentimiento de dolor porque se pierde una vida humana, pero como yo tengo capacitación en cuidados paliativos, veo la muerte de otra forma. Veo la muerte como un acto digno de acompañar, donde el protagonista es el que	Tristeza Recursos profesionales

	muere, por lo tanto, no hay incertidumbre de mi parte porque estoy capacitada para eso.”	
E10	“Uno que recuerda mucho en realidad, fue un deprimido neonatal, un recién nacido. Nacido de término, de 39 semanas, era un síndrome de aspiración meconial. Nacido deprimido, en paro cardiorrespiratorio, se reanimó y después se derivó. Porque nosotros somos una neo que no tiene mayor capacidad, no tenemos mucha complejidad, entonces se derivó a Chivilcoy, a cuidados paliativos y yo estaba de Guardia, un 24 de diciembre a la noche, hizo un paro cardiorrespiratorio y la realidad es que yo éticamente y moralmente sabía que no lo tenía que reanimar, pero nosotros trabajamos con los médicos en Guardia pasiva, entonces estaba yo y mi compañera trabajando y le digo: “yo no quiero que este bebé fallezca un 24 a la noche sin la mamá”- Porque la mamá se había ido a las 20:00 H de la noche y me había dicho que pasa algo la llamara y a las 00:00 H hizo un paro respiratorio y la desesperación de ese momento, de ese día, porque era una fecha muy especial, por lo menos para mí.	Ira Involucramiento Negligencia

	No estuvo éticamente bien actuar sin el médico, pero bueno para mí fue importante.”	
E11	“Desconsuelo” (cambio en la agudeza de la voz)	Tristeza
E12	“No dependía de mí que se salvara, estaba moribundo, estábamos preparado cuando murió, tenía cáncer, para mí en ese momento, para él, era el alivio, ya no más sufrimiento” (mirada pensante)	Alivio
E13	-	No sabe / No contesta
E14	“Pena, tristeza”	Tristeza Pena
E15	“Tristeza”	Tristeza
E16	“Angustia, tristeza, paz”	Tristeza
E17	“Angustia”	Tristeza

E18	-	No sabe / No contesta
-----	---	-----------------------

Pregunta: Sentimiento al ver desmoronándose al compañero (entiéndase por familiar o amigo)

	Respuesta	Código Emergente
E1	“Sí. Muchas veces. Angustia, vi muchos padres”. (mirada hacia abajo, cambio del timbre de voz, silencio)	Pena
E2	“Lloro con él. El día que no llore dejó de trabajar”. (cambio en la agudeza del tono de voz)	Pena
E3	“Desprecio. Es más, al otro día estaban en el hospital para retirar los fondos que no se habían gastado. Desprecios sentí, en la mayoría de los casos”.	Desprecio por los compañeros
E4	“Sí, sí, mucho dolor, mucho dolor, más cuando son pacientes que uno lo atiende desde hace más de 15 años. En la fibrosis quística pancreática, uno lo ve demorarse día a día, año a año. Un dolor terrible, tratar de contenerlo, pero con un dolor terrible. Uno trata de ser profesional y no sé porque salió esto de que uno no es profesional si no se involucra, somos humanos y hay que contenerse”.	Pena
E5	“Tristeza”.	Pena

E6	“Sí, angustia ”.	Pena
E7	“Sí, dolor”.	Pena
E8	“Es duro”. (cambio en la agudeza del tono de voz)	Pena
E9	“Sí tristeza”.	Pena
E10	“Siento impotencia de no poder haber hecho más”.	Impotencia
E11	“Si, En el momento es difícil decir que se siente. No sé de dónde se sacan fuerzas para llevar consuelo, para acompañar, pero después de toda esa adrenalina, porque somos seres humanos, es muy difícil escapar de las emociones, o sea, después viene un bajón importante”. (tristeza)	Pena Adrenalina
E12	“Sí dolor”. (mirada pensadora)	Pena
E13	“No suelo estar en ese momento”.	No está en este momento
E14	“Tristeza”.	Pena
E15	“No lo sé”.	No sabe / No contesta
E16	“Tristeza”.	Pena
E17	“Tristeza, angustia”.	Pena
E18	“Tristeza”.	Pena

Pregunta: Reacción en ese momento

	Respuesta	Código Emergente
E1	“Contener. No sé si la palabra sirve mucho en este sentido. Sí, el abrazo y el contener, a la madre, sobre todo”.	Conteniendo
E2	“Lloro”.	Llanto
E3	“En silencio”.	Silencio
E4	“En silencio”.	Silencio
E5	“La abracé porque bueno, la conocía. Y nada, no puedo decir nada porque no tengo nada para decir. ¿Qué voy a decir en ese momento?, no sé qué decirle en ese momento, ¡te acompaño en el sentimiento!, sí, pero, no sé qué decir, yo lo abrazo nada más”.	Conteniendo Involucramiento
E6	“Consolar”.	Conteniendo
E7	“Contener, estar, acompañado, o cómo justamente fue lo que yo hice antes de que fallezca este chico, que para mí la mano simboliza mucho, le saqué una foto a la mamá y su hijo agarrándose la mano, él estaba con vida, pero yo sabía que se estaba yendo. Vino, la hermana y le mostré y le dije que siempre van a estar ellos así agarrado y le pasé la foto. Para mí la mano significaba mucho porque con la mano	Conteniendo Ser parte de un recuerdo

	recibió su hijo y su inconsciente nunca lo va a olvidar”.	
E8	“Es duro porque uno a veces, tiene esa coraza, uno dice que no se tiene que involucrarse, ni encariñarse con los pacientes, ni con los familiares, pero no siempre es así, sentí impotencia, pero sentí también la sensación de querer ayudarlo, de querer acompañarlo, de estar continuamente. Con el familiar, yo creo que acompañar en un profesional a un familiar es fundamental. La palabra de un profesional a un familiar es fundamental”.	Conteniendo
E9	“En realidad, nosotros teníamos un protocolo de actuación que es priorizar, evitar el dolor, y uno se prepara no para consolar porque eso no existe, nadie puede consolar a nadie, sino para acompañar el dolor del otro. Y ahí tiene que ver con la perspectiva que tiene el enfermero frente al otro, porque muchas veces acompañar en el dolor simplemente abrazando y estar en silencio y otras veces, tranquilizando con las palabras, obviamente que las palabras tienen que estar cargada de bondad y no de cuestiones ilusorias, a veces solemos decir, al consolar al otro: -“ya es un angelito”-,-“se los llevó el Dios”- y eso, la verdad, no ayuda a nadie, lo único	Conteniendo Acompañamiento Formación profesional

	que ayuda es que si esa persona es creyente, se enoje con la persona que cree o el Dios que cree o con la divinidad que cree. Tenemos que entender que uno acompaña el dolor del otro y a veces en silencio, a veces de la oración, a veces del abrazo. Una cosa que siempre he notado, que siempre lo digo, no se le puede dar agua a una persona que llora, déjala llorar. El acompañamiento tiene que ser desde una perspectiva profesional, cómo acompañamos al doliente y para eso los enfermeros tenemos que prepararnos, es un cursito chiquitito, hay cursito online, de tres o cuatro encuentros, no es que tenemos que hacer una cantidad de materias. Inclusive yo les enseño a mis compañeros, yo les enseño a prepararse. Tiene que ver con la visión que vos tengas del otro, hablar con el familiar, porque ahí es donde tú puedes entender qué le pasa al otro”.	
E10	“En ese momento trato de mantener la compostura, abrazo y lloro por supuesto. Después atrás del Office, hacemos lo que podemos, detrás del Office nos peleamos, detrás del Office nos cuestionamos si hicimos bien, si hicimos mal y muchas veces nos gritábamos, nos abrazamos, lloramos, pasan muchas cosas. Es un momento muy feo. Hay	Conteniendo Debriefing

	sensaciones encontradas y somos personas diferentes que reaccionamos diferente a ciertas circunstancias que no son comunes. Y no es generalmente lo que uno espera, y entonces se torna difícil, pero después nos recomponemos”.	
E11	“En silencio”.	Silencio
E12	“En ese momento, el que se me estaba desmoronando era Jorge, cuando falleció Jorgito. En ese momento yo también estaba desmoronada. Lo único que hice es tomar las riendas del asunto y tomar decisiones, y que estuviera como correspondía. Pero era un familiar mío, no era una persona ajena. Había una carga, no era una persona externa y tuve que dar yo las malas noticias”.	Ocuparse de la situación
E13	“No estoy”.	No está en ese momento
E14	“Acompañando en silencio”.	Silencio
E15	“No estoy”.	No está en ese momento
E16	“Lo acompañó en silencio”.	Silencio
E17	“Abrazo al otro”.	Conteniendo
E18	“No me salen las palabras, me mantengo en silencio”.	Silencio

b- Identificar qué factores personales se ponen en juego en la toma de decisiones

Pregunta: Caso o situación que marcó la carrera profesional

	Respuesta	Código Emergente
E1	“El primer paciente que fallece cuando hacía oncología pediátrica siempre lo recuerdo. Era un nene. Fue uno de los primeros pacientes oncológicos del servicio. Ya venía hace años en la terapia. Era dulce. Era un nene al que se le hizo un trasplante hepático. Por un CA. de hígado. Y se fue a trasplante, terminó, falleció. Fue un choque, la muerte no lo esperábamos.” (bajo la mirada)	Pediátrico. No se esperaba su muerte Involucramiento
E2	“Sí. Hay un bebé que estaba muy grave, con respirador y el papá nos prohibió hacer RCP. Que, si había que hacerle RCP, que no lo hiciéramos, que no querían que lo reanimaran. Y hubo otro chiquito con Síndrome de Down, que nosotros no pudimos salvar, que la madre estaba muy pegada a él. Y la mamá lo único que no dijo es que no pudo tener a su hijo en brazos, ni una sola vez, que nosotros le arrancamos la posibilidad de tenerlo a UPA ni una vez en vida. Esas son las cosas que te marcan.”	Pediátrico. Los padres reclamaron porque no le dejaron acompañar en los últimos momentos de vida Involucramiento

E3	“Y, además, con una paciente mía que tenía eso con su hijo, yo le propuse eso, averiguamos con un neurocirujano, con un neurólogo y cuando no se podía hacer más, nos planteamos la vía natural de acompañarlo hasta que decidiera no estar más con nosotros. No pudimos hacer nada, murió antes de lo que creíamos”	Pediátrico. Había compromiso personal No esperaba su muerte
E4	“Yo hice gestión durante 18 años y cuando no iba yo o cuando no tenía personal bajaba. En la pandemia, cuando antes era contacto estrecho, las personas que tenían contacto no iban a trabajar, y trataba de tomar ese rol, ayudábamos a los médicos más que todo porque muchos no tenían formación y era enfermería la que marcaba muchas cosas. Eso sí, se visibilizó muchísimo más nuestra profesión, digamos, estábamos adelante de esta gran lucha. Cuestionar en este caso, era decir: mira, este paciente no da más por más que lo ponga en alto flujo, ya está, ya pasó el tiempo, hay que intubarlo; eso sí, pero no fue una discusión, fue una conversación porque como teníamos médicos tan	Adulto. Se trabajo en equipo interdisciplinario Falta de formación profesional

	inexpertos ante la pandemia, no estaba el ego profesional, porque el médico no tenía la formación adecuada, que dan las canas para dar cuenta de muchas intervenciones médicas y entonces apoyaba estas decisiones que aportaba enfermería.”	
E5	“Hay un caso, me causa risa hoy, cuando yo era auxiliar de enfermería estaba estudiando, un paciente que le agarró 3 veces un infarto, yo le pegaba en el pecho al paciente y el paciente volvía en sí y después terminaba vomitando, porque era eso, tuvo 3 infartos, así los 3 lo pude salvar ya, después no me acuerdo del paciente 9 años atrás. Me marcó, era una persona obesa, yo me subía arriba del paciente y le pegaba en el corazón porque es la realidad y el paciente automáticamente salía lo ponía de costado en la camilla, era yo sola, estaba yo sola como enfermera encima auxiliar. Me acuerdo, me acuerdo de la experiencia, al igual que entrar como enfermera auxiliar, la primera vez que entro, ahí a este lugar que sigue siendo hoy mi trabajo como auxiliar, no sabía mucho, muy poquito y estaba con un asistente y era clínica médica, no se	Adulto Estudiante Falta de formación profesional

	podía estar sola con un asistente, eso fue lo que me marcó a mí.”	
E6	“Cómo estudiante, una paciente que tuve que tomar para hacer un PAE que se murió en mi primera intervención y terminó mi proceso de intervención, había muerto y esa fue mi primera experiencia con la muerte de alguien, porque estaba bien cuando abrí mi trabajo y cuando volví había muerto. Eso fue heavy. Y después una experiencia que fue muy traumática, tenía que hacer el rol del médico porque se paralizó, entre el shock. Lo tuvimos que entubar con una compañera y canalizar. Y tuvimos que reaccionar, lo tuvimos que hacer, después lo tuvimos que hacer varias veces, pero la primera vez fue en medio traumante, es mucho, es mucho para un enfermero. Él bebe vivió como cuatro meses, había nacido con atrofia de hueso largo, bien heavy. Vivió cuatro meses, pero de esa salió, después del momento de nacimiento y como tenía ese aspecto tan particular recién nacido, estaba como en una silla con los brazos extendidos y las piernas extendidas y estaba	Adulto Estudiante Compromiso con el paciente Falta de ética profesional

	dentro de la panza así y no la podía flexionar nada, y le duele, entonces, entró en pánico el médico, no puedo hacer nada.”	
E7	“Sí, hace un año un chiquito, que también había nacido bien, pero tenía un tumor en la cabeza, un chico que de cuerpo físico parecía de 12 años, pero tenía 25. La madre lo atendía día a día. Justo había tenido un acceso en la parte del colon, una herida abierta y la madre siempre estaba ahí, siempre. Es increíble cómo evolucionó, cómo cambia, cómo se recupera el niño joven o el niño chico. No esperábamos que falleciera tan rápido. Y bueno, ver a los padres, ver hasta lo último para tratar de salvarlo y después ver en el monitor, las ondas, todos, las bradicardias extremas como marca. Por ahí no explicamos mucho, no le hacemos parte a la familia más allá de que este chiquito sufrió esta patología. La madre se separa del padre porque el padre le reclamaba de que ella vivía para su hijo. Y bueno, vemos los problemas que tienen los cónyuges, lo que pasa adentro de la familia, cuando es una familia especial. Siempre a veces no sé si está	Pediátrico. Había conflictos entre los compañeros Involucramiento No esperaba su muerte

	bien visto adentrarse a la familia, en una familia especial, a veces algunas cosas separan y a veces no. Creo que solo la persona que está pasando o que pasó una situación se puede poner en el lugar del otro. Nosotros como enfermeros, escuchamos y acompañamos y estamos.”	
E8	“No, no tengo.”	No
E9	“Sí, recuerdo siempre que cuando trabajaba en un Hopis, tuve que cuidar a un ser violento, que le había hecho mucho daño a su hija y a su esposa y nunca pude tener amabilidad con ese ser. Y me di cuenta de que todavía no había limado el prejuicio de cuidar. Hay que cuidar, como dijo la Madre Teresa de Calcuta “descansando el alma y yo no había logrado eso, a pesar de ser paliativita. Eso me marcó porque hubo un momento en que yo me quedé sola con esa persona, sin su familia y cuando él me pide que le haga un masaje en la espalda, yo literalmente pude contabilizar sus huesos porque tenía una caquexia extrema y ahí me di cuenta de que yo, yo estaba mal, porque no hay una ley que te diga que no puedas cuidar a una persona violenta.	Adulto Había conflicto entre los compañeros Aprendizaje personal

	Entonces eso me marcó a mí y traté de cambiar mi perspectiva con el otro. Siempre vi al otro como una persona, como una biografía, porque en ese masaje él me contó todo lo que sufrió. Entonces lo que pienso es que el ser humano, genéticamente está hecho de una célula, pero que implícitamente está rodeado de circunstancias, donde nosotros no somos, los cuidadores y los enfermeros, no podemos prejuizar, ni juzgar a nadie, sino que tenemos que brindar la calidad de cuidado hasta el final, brindándole calidad de cuidado y calidad de muerte, porque es algo de que nosotros no hablamos, eso para mí me marcó para siempre. Y una cosa que me marcó es que yo dejé de usar una Cruz, por qué me di cuenta de que también tener una cruz en el cuello, también era violencia para la otra persona que no eran católica cristiana. Y ahí me di cuenta de que un enfermero primero tiene que trabajar en sí, cuidarse en sí, curarse en sí y tomar un camino totalmente diferente, lo que es el cuidado, hoy lo llamamos cuidados holísticos. Para mí fue un quiebre, agradezco a la vida que me haya	
--	---	--

	puesto esa persona porque fue uno de mis mejores maestros.”	
E10	“Todas las situaciones nos dejan algo. De todas las situaciones tienes que aprender. Y a veces uno se cuestiona como profesional, a veces hay situaciones que te genera impotencia, hay situaciones que uno lo lleva a pensar si se hizo todas las cosas bien o si se puede haber hecho más, pero en particular no recuerdo ninguna, me pasa eso, me suele pasar eso.”	Todos los casos nos dejan algo
E11	“Bueno, sí. Hace más de 20 años, cuando trabajaba en la Colonia Montes de Oca, lo recuerdo al día de hoy, tal cual, como si estuviera ahí. “	Adulto No especifica, asevera que lo recuerda
E12	“No. Ahora que me decís, vi un paciente que falleció, que no tenía que haberse muerto, ahora me estoy acordando, se había broncoaspirado, no pudimos hacer nada. Yo en situaciones límites de ese extremo me abatato. Corrimos, tenía la boca llena de pan, por más que le sacamos, pero no pudimos hacer nada, se ahogó con la cantidad de	Adulto Trabajo en equipo No actúa ante situaciones límites

	cosas que se puso en la boca, era un paciente de salud mental. No me acordaba” (piensa)	
E13	“Si, en mis practicas un chiquito que se había ahogado, hicimos todo lo que estaba a nuestro alcance, se lo compenso y traslado. Tengo entendido que quedó en estado vegetativo”	Pediátrico Estudiante
E14	“Si, un adulto mayor, que ingresó por guardia y falleció cuando lo pasaron a UTI, un paciente coronario, recuerdo su rostro de paz “ (cambio en la agudeza de la voz, silencio)	Adulto Recuerda al paciente
E15	“No recuerdo, no sé si tengo una situación que me haya marcado”	No sabe / No contesta
E16	“Si, un paciente, adulto mayor, ingreso a UTI, con edema cerebral, por un accidente, le hicimos de todo, politraumatizado, estuvo en el servicio 6 meses y murió, no pudimos hacer más, su esposa nos rogaba llorando que le salvemos la vida, que era	Adulto Sufrimiento del familiar Involucramiento

	lo único que tenía, refería, no tenían hijos. Recuerdo los ojos llorosos de esa mujer.”	
E17	“Un nene, que había nacido con hidrocefalia, vivió unos días, no más”	Pediátrico No esperaba su muerte
E18	“No sé si me marco, pero recuerdo, un chico, de 40 años, más o menos, que ingresó por un accidente automovilístico, que ingresó politraumatizado, recuerdo su llanto de dolor.”	Adulto Involucramiento

Pregunta: Decisión sobre su condición de vida

	Respuesta	Código Emergente
E1	“No sufrimiento” (mirada dominante)	No sufrimiento
E2	“Yo le tengo miedo a la muerte, como tengo toda mi familia. Al único que despedí es a un sobrino. No sabría responderte, sí, sin dolor, lo que decidan, pero sin dolor. Una porque no me gusta sufrir. Y otra que nadie tiene derecho a irse con dolor. Yo lo hago con mis pacientes, si se tienen que ir,	No sufrimiento Miedo a la muerte

	que se vayan sin dolor”. (bajo la mirada)	
E3	-	No sabe / No contesta
E4	“Yo pediría respeto de lo que deseo, hubiese cambiado muchísimas decisiones, por ejemplo, estar acompañado de toda mi familia, en los últimos momentos, poder despedirse a través de un abrazo, el derecho de no tener un horario respetado, cosas que no se pueden hacer, hay que entender la desesperación de la persona internada por querer ver a su familia”. (cambio en el timbre de voz, voz temblorosa)	Se respete las decisiones personales
E5	“Cuidados paliativos, en, cuidados paliativos”. (voz temblorosa)	No sufrimiento
E6	“Que me mantengan con vida”.	Seguir con vida
E7	“Estar con mis seres queridos, no sufrir, no tener dolor y, sobre todo, la privacidad. Creo que la privacidad es algo que se debe respetar, sobre todo, como digo siempre, sobre todo en las instituciones públicas, donde no se respeta tanto esto, los pacientes son dignos. En una institución privada se respeta más que no entren, se cierra la puerta. Creo que todos, todos debemos respetarnos, respetar nuestra privacidad, tener higiene y confort en	No sufrimiento Respeto

	privado y tener un buen final. Como una compañera mía, bien marcó, de que su hijo se despidió con sus seres queridos, en su casa, como debe ser”.	
E8	“Que no sean tan hegemónicos, que lo vean desde el punto de vista Psicológico, ambiental. Todo eso, porque a veces suele ser la partida de las personas muy frías, no hay acompañamiento, no hay una muerte digna, no hay acompañamiento de los familiares, yo creo que uno como profesional lo tiene que ver holísticamente, no solamente técnica, sino de la parte del sentimiento, del cuidado humanizado, que no siempre se ve”. (pausa)	Cuidados Humanizados
E9	“Ya lo tengo planteado y lo tengo por escrito. Sí, tengo una enfermedad que es muy dolorosa, sedación paliativa. Quisiera que me cremen, que un poquito de esa ceniza vaya a un lugar Santo y que el resto vaya en luces de colores al cielo, como cohetes”.	Cuidados humanizados
E10	“La más ética posible, que, si yo estoy en una situación que corre riesgo mi vida, que nadie por salvar mi vida comete injuria o un ensañamiento cuando realmente no es aconsejable, por ejemplo, una reanimación en una ahogada no es ético, para	Decisiones éticas

	mí no está bien. Que uno lo sienta de otra manera es una cosa, pero que esté bien, a mi criterio es otra”.	
E11	“Que me dejen seguir mi rumbo”.	No invadir
E12	“Lo principal, no sufrir, no permitir el sufrimiento innecesario, alargar vidas y no revertir como sea, a mí me gustaría que hicieran eso conmigo, no alargar, si yo estuviera consciente pediría que me dejara, estiras algo que no va a volver, y lo he planteado en diferentes situaciones”.	No sufrimiento
E13	-	No sabe / No contesta
E14	“No me dejen tener dolor, ni me invadan con tratamientos y estudios sin sentido”	No sufrimiento
E15	“No me dejen tener dolor”	No sufrimiento
E16	“No me dejen invadan, no me sometan a tratamientos en vano, no me dejen tener dolor”.	No invadir No sufrimiento
E17	“No tener dolor”.	No sufrimiento
E18	“No tener dolor”.	No sufrimiento

Pregunta: Visión sobre el después de la muerte

	Respuesta	Código Emergente
E1	“Sí. Yo creo, que, en el alma, creo en la reencarnación, en esas almas que quedan, porque he tenido experiencias que son difícil de contar porque	Cree en la reencarnación

	la ciencia tiene un límite. Creo, en muchas situaciones que me han pasado”.	
E2	“Yo creo que después de la muerte hay un limbo donde quedamos. Unos se quedan acá, otros suben. Pero, no creo tanto en la reencarnación. Sí, sé que subimos, que nos damos cuenta de las cosas que hicimos, buenas y malas. Tenemos que dar cuenta de todo lo que hicimos”.	Cree que hay un plano espiritual
E3	“Y hay que leer a Kübler-Ross para darse cuenta de que hay después, otra vida hay. El libro se llama la muerte, un amanecer y se los recomiendo a todos”.	Cree que hay otra vida
E4	“Creo que es un paso más, ya la vida fue demasiado, o es demasiado, pienso que hay tranquilidad, sé que hay tranquilidad, no sé si encontrarme con los seres queridos o no, o pienso que es un pensamiento mágico, pero, pienso que es tranquilidad, no más dolor. Y ya con que no haya más dolor ya es una tranquilidad enorme”.	Cree que hay otra vida Tranquilidad

E5	“Otra vida, otro plano, un plano espiritual más allá”.	Cree que hay un plano espiritual
E6	“Otra Vida”.	Cree que hay otra vida
E7	“Enseñanza, estaría bueno descubrir que somos almas y podamos ver cosas que no vimos. Y si lo descubriéramos no sería mundo, pero creo que todos venimos con un propósito, aprender, a transformar. Creó, como le dije a mi prima, que se despidió en vida, algo muy loco, porque llorando me dijo, y las palabras que me salieron fue: - “te ganaste el cielo”, yo creo que ganarse el cielo es algo lindo porque ya el cuerpo dejó de sufrir. Más allá que todos sabemos que hay personas que sufren, por autoestima, por enfermedades crónicas, por abandono que sufren, por patología que sufren, por tumores. Cómo bien está escrito en la Biblia, el alma se va y el cuerpo de alguna forma queda. Creo que todos somos como plantas que en algún momento nos vamos a marchitar”.	Cree que hay otra vida
E8	“Otra vida desconocida, pero otra vida y mejor”.	Cree que hay otra vida
E9	“Yo creo que hay una vida, etc.”.	Cree que hay otra vida

E10	“Ojalá lo supiera. Yo soy católica. Si me preguntas, yo soy católica. No sé si hay vida más allá de la muerte, pero yo creo que el cuerpo es un recipiente y que somos espíritus y el espíritu, a algún lado tiene que ir, no sé dónde, pero a algún lado tiene que ir”.	Cree que un plano espiritual
E11	“Es difícil, estoy absolutamente convencida que algo bueno hay”.	Cree que hay algo bueno
E12	“Vida feliz”.	Vida feliz
E13	“Otra Vida”.	Cree que hay otra vida
E14	“Otra Vida”.	Cree que hay otra vida
E15	“No lo sé, supongo que la reencarnación”.	Cree en la reencarnación
E16	“Un mundo mejor, más justo”.	Cree que hay otra vida
E17	“Un lugar sin sufrimiento”.	Cree que hay otra vida No más dolor
E18	“Paz”.	Cree que hay otra vida Paz

c- Especificar en qué contexto se toman las decisiones

Pregunta: Acciones del equipo de salud, al fallecer un paciente

	Respuesta	Código Emergente
E1	“Según mi experiencia es algo muy personal. Yo me persigno, hago algún rezo. Y después todos los	Rezar. Acondicionar al óbito

	protocolos que siguen a la preparación del óbito. Y darle los tiempos que necesitan los padres para despedirse del hijo. Respetar eso. Fuera de lo procedimental”. (voz temblorosa)	Darles espacio a los compañeros para despedirse Respeto por la persona que fallece
E2	“Desaparecen, lo dejan solo. El médico nunca está, no he visto hasta ahora que ningún médico se quede acompañando al bebé”.	Dejan solo al paciente El médico no acompaña
E3	“Los abandonan”.	Dejan solo al paciente
E4	“El equipo de salud, los profesionales, se llama los médicos para contratar, se contiene a los padres, se los deja un momento para que puedan estar con el familiar. Después de eso, se llama a la supervisión de enfermería, después de ese momento, digamos, media hora, 1 hora o 2 horas enfermería llama a la supervisión para ver si lo pueden llevar a otro lugar, que el otro lugar son las cámaras de la morgue. Es un momento muy difícil, pero donde hay una red de contención, también tenemos la suerte de poder contar con personal de sostén, si la persona es católica, puede estar el padre o se llama alguien de su culto”.	Llama al médico para constatar el deceso Darles espacio a los compañeros para despedirse Avisa a superiores
E5	“El equipo de salud lo acondiciona, le hace toda la parte de post mortem. Primero, lo acompañamos, le	Acondicionar al óbito

	sacamos todo, lo lavamos, le ponemos perfume, lo acondicionamos. Normal de la mejor manera”.	
E6	“Se iban, todos se van de la sala, nadie quiere hablarlo, nadie quiere hablar. Como que hay una negación, es un momento de negación, es como una sensación de fracaso, a pesar de que muchas veces es lo mejor y hay un silencio ensordecedor”.	Dejan solo al paciente Negación
E7	“Nosotros lo preparamos, tratamos de entregarlo limpio, de darles un buen final, vestirlo, como corresponde, preparar el óbito como está en el Protocolo institucional”.	Acondicionan al óbito
E8	“El equipo de salud calma a la familia, da una palabra de aliento, siempre sabemos cuándo se aproxima ese momento, intentamos acompañar continuamente, porque el paciente ya no se da cuenta. Siempre en la compañía, el acompañamiento de profesionales a las personas, todos los días, las 24 horas, todo el día. Estamos en un equipo interdisciplinario que todos actuamos de la misma manera, en este último momento”.	Acompañan a los compañeros del paciente
E9	“Nosotros por protocolo cuando fallece un paciente, lo primero que hacemos es vestir el óbito. Y siempre tenemos concordado con la familia, porque es un lugar de internación prolongada, como quiere que lo	Acondicionar al óbito Acompañan a los compañeros del paciente Darles espacio a los

	alistemos, el que decide es el paciente siempre y si no puede decidir la familia más directa. Lo vestimos, organizamos la ceremonia de despedida que el paciente o la familia había decidido, si era católico, si era no creyente, si era mormón, evangelista, bueno, lo que sea, de acuerdo con su fe. Es como la despedíamos y después de eso se deja un ratito a las personas para despedirlo y después se llamó la cochería. El ritual de las despedidas, nosotros lo tenemos, la única vez que se cortó fue en pandemia, que en pandemia fue terrible para nosotros, porque especialista en el cuidado del buen morir, la pandemia nos abrió en dos, porque ya ni siquiera podíamos hacer la despedida, nosotros en mi grupo, teníamos una creatividad de hacerla por zoom, pero sé que muchos lugares no pudieron hacerlo porque no tenían los recursos”.	compañeros para despedirse
E10	“Primero se informa a la familia, se contiene obviamente, que es la parte más fea, realmente fea, que no me gusta hacer, es acondicionar el paciente para entregarlo en las mejores condiciones posibles, esa parte, realmente yo no la asisto. Hasta que pasa el desenlace y el resto no puedo, lo evito. Me genera algo emocional que no lo puedo hacer. Lo asistió	Acompañan a los compañeros Acondiciona al óbito

	hasta el último momento, pero hay alguien que es más fuerte que yo emocionalmente y hace la otra parte, es como demasiado para mí”.	
E11	“Acomoda al óbito, llama a la jefatura”.	Acondicionan al óbito
E12	“Cada uno actúa, distribuimos las funciones, avisamos a los jefes y ya ellos tomaban las riendas del asunto. Y nosotros quedamos al margen, solo lo vestimos”. (responde con firmeza)	Acondicionan al óbito Avisa a los superiores
E13	“Se le da aviso a los familiares y a administración, lo preparamos”.	Acondicionan al óbito Llaman al médico de guardia para constatar al óbito
E14	“Le retira todo lo que le invada, se le avisa a la familia, se lo acondiciona para su morada final. Y rezo”.	Acondicionan al óbito Rezar
E15	“Se les avisa a los familiares y al médico y lo acondicionamos”.	Llama al médico para constatar el deceso Acondicionan al óbito
E16	“Se les avisa a los familiares, enfermería se ocupa del óbito, y el cuerpo médico de la documentación correspondiente”.	Acondicionan al óbito Llama al médico para constatar el deceso
E17	“Se les avisa a los familiares, enfermería se ocupa	Acondicionan al óbito

	del óbito”.	
E18	“Acondicionamos el óbito”.	Acondicionan al óbito

Pregunta: Acciones del equipo de salud, cuando la muerte del paciente es inminente

	Respuesta	Código Emergente
E1	“Según el tipo de paciente. La vida después de eso, el vínculo con los padres. Se me vienen un montón de factores, la vida humana, sobre todo. El equipo, en general, no piensa en el paciente y el familiar, en general el paciente muere solo y sin nuestra atención”.	Los compañeros no acompañan al paciente El equipo profesional no interviene si no es necesario
E2	” Por lo general dejamos conectado al bebé a todos los aparatos que tienen para que venga la familia a despedir, que venga la madre y el padre. Una vez que empezamos a quitarle todo, tubuladuras, tuvo, le retiramos las sondas. Le permitimos a la madre, si ella quiere, que vista el bebé. Una vez que lo viste, lo envolvemos en frazadas y se la entregamos en los brazos de los padres para que se despidan. ¿Por qué la frazada? Porque, nosotros dejamos la cervocuna encendida, pero el cadáver enseguida toma temperatura fría, para que la madre no recuerde a su bebé con el frío de la muerte, sino como con la temperatura que estaba calentito, como que nosotros	Compañeros ven al óbito con la aparatología que tenía al morir Los compañeros pueden participar del acondicionamiento del paciente El equipo profesional asiste al paciente en todo momento Cuidados humanizados

	lo abrigamos, como que nosotros lo seguimos cuidando, una forma que ellos despidan a su bebe y no recuerden ese frío del cadáver, una forma de que ellos (pausa) no vean a la muerte como lo que es, el final de la vida, sino que va a proseguir, pero que no recuerden eso, el frío, sino, que recuerden que estaba calentito, que está lindo, que estaba vestido de la forma que ello querían llevarlo a su casa, lamentablemente no va a estar ahí y se le permiten que se queden el tiempo que necesiten para despedirse, nunca se los saca a los padres, sí al resto de la gente, pero no a los padres”.	
E3	“Fue una lucha para que entiendan que sigue siendo un ser humano. Yo lo que veo, que, si la gente que trabaja mantiene distancia, no se compromete afectivamente. ¿Cómo puedo pedir que los médicos se comprometan afectivamente o que los enfermeros se comprometan afectivamente?? O sea, no me parece que sea una cuestión del equipo de salud, sino del sistema de salud. Es una enfermedad que parecemos en la sociedad, de querer hacer lo que los otros hacen, tener lo que los otros tienen, de mirar con envidia al que tiene y con desprecio al que no tiene.	El equipo profesional asiste al paciente en todo momento

	Y el sistema de salud es un reflejo de la sociedad. Nosotros tenemos que enseñar en la familia y en la escuela a ser solidarios, altruistas y a elegir vivir por el camino del amor. No es una fantasía épica o romántica, acrecer en el respeto, a no ser truchada, hacer lo que se debe hacer. Y a la gente que trabajó conmigo le costó mucho, que hagan lo que tiene que hacer, no llegaban a hacer lo que tenían que hacer, porque siempre ha habido una truchada. Y cuando hay una truchada que depende la calidad de vida de lo que vos hagas, le estás cagando la vida, tanto en el nivel psicológico, afectivo o biológico. Qué sé yo, por ejemplo, paciente que necesitaba medicación por enfermedades crónicas, en el hospital no había y no me dejaban comprar afuera, entonces, hablé con el director, me recontra palié, para que con su pensión le compráramos la medicación afuera. No había todos los servicios en el hospital. el paciente no veía nada, tenía glaucoma y se puede operar y ¿lo voy a dejar ciego? A un paciente que se fracturó, ¿qué suelde como sea?, cuando se lo puede operar y puede quedar bien. ¿A quién le importa? ¿No lo tengo al servicio? Es poner por encima de todo la calidad de vida de las personas y no tener vergüenza	
--	--	--

	del hospital de porquería que tenéis. Y pensar en el hospital que podéis tener. Y hasta acá puedo llegar, pero necesito lo otro, qué sé yo, andadores, silla de ruedas. Yo cuando ingresé había 22 pacientes sin silla de ruedas, que a uno le faltaba la goma de la rueda, el otro tenía hilos atados abajo. Lo fuimos arreglando. Estaban todos encarados, porque tenían los pañales desde las 7:00 h de la mañana y eran las 14:00 h de la tarde, cuando ingresaba, ¿Qué se hacía?, se los cambia, ¿cómo vas a tener una persona vieja adulta para que se escare toda. A los pacientes que no se podían levantar de la cama se le hacía el baño en cama. El baño del pabellón, como se hacía en todo el hospital, todos los pacientes desnudos, así podemos ver si tienen algo. No, no, no, no, de ninguna manera, ¿y el respeto a la dignidad humana? Además, después del séptimo salía el agua fría, un día me puse a ver, igual yo no soy plomero, pero tenía solamente un termotanque, me faltaban dos termotanques, fui a la dirección y le golpeé el escritorio al director, ¿Vos me dijiste que me ibas a apoyar?, me instalo los dos termotanques, no podía ser que tenía 57 pacientes y 50 se bañen con agua fría, más que son adultos mayores. Por eso	
--	--	--

	me quemaron el pabellón, por suerte, no se murió ninguno. Y con mucho esfuerzo abrimos otro pabellón, que era el pabellón 11 viejo y llegamos a tener 40 pacientes. Y el último director, agarró y lo hizo escuela, ¿por qué?, porque era el pabellón que estaba en mejor estado. Y todos los viejitos están mezclados con otros pacientes, con otras características, sin cuidados. Lo peor que tiene el hospital es el desorden, están mezclados todos, las patologías, las edades. Hay gente que se abusa de los otros, ¿entiendes?, ¿entonces, ¿qué estamos haciendo?, los estamos tratando peor. Porque son enfermos mentales, por tener esa condición. Entonces, todo eso de lo que me llevo 35 años, parece poco, pero me costó mucho. Ser un regalo de Dios para cada persona que se me cruzó en la vida. Y creo que lo sigo siendo. Me parece que cuando más grande estoy más práctica tengo y mejor me sale y el equipo que trabajó conmigo aprendió a acompañar al paciente”.	
E4	“Dignidad, brindar intimidad, invadir lo menos posible al paciente, brindar confort, administrar analgesia o la sedación, no invadir en lo más mínimo, no dejarlo conectado a ningún monitor	Dejan que la persona esté acompañada El equipo profesional asiste al paciente en todo momento

	porque a veces solo da ansiedad a los cuidadores, minimizar al mínimo lo que es la electromedicina, brindar apoyo, articular las redes para poder ayudar con ese apoyo, en cuanto al respeto de lo que profesa, si necesita que se llame a un cura o un pastor o algo, lo que la persona necesita. Tratar de que esa persona esté acompañada y tratar de bajo ningún concepto interrumpir los últimos momentos maravillosos con su familia”.	
E5	“Esto se habla con el equipo interdisciplinario que podemos hacer y con el familiar. Se llama el familiar y ahí se decide qué hacer con el paciente. Si se queda, se interna en la Guardia se interna en piso. Y ahí decidimos. El familiar decide si es que no se lo va a reanimar. Si el paciente está vigil lo mismo. O bueno, si no se lo traslada a un lugar de mayor complejidad. La decisión la tomamos con el familiar o el paciente, si está vigil. Nosotros somos enfermeros y no nos vamos a hacer cargo de la decisión, el médico, es el que trata este tema”.	El o los compañeros/s del paciente toman las decisiones El equipo profesional asiste al paciente en todo momento Enfermería no toma decisiones
E6	“Se resisten, siempre hubo mucha resistencia, hasta el último momento. Para mí la particularidad es que es un recién nacido, es muy personal eso, pero el ensañamiento viene porque acaba de comenzar la	Los profesionales se resisten a que muera el paciente El equipo profesional asiste al paciente en todo momento

	vida y nadie quiere dejarlo ir. A veces solamente nace, según mi grupo de creencias, porque la misión no tiene que ver con ellos, sino con el otro, la existencia del otro es muy personal, eso creo”.	
E7	“Nosotros por ahí sí sabemos o conocemos al paciente, que hay una familiaridad o que el paciente estuvo mucho tiempo acompañando de la familia, estamos en ese momento, le explicamos y se lo respeta. Eh, justamente como te decía, es un Box de 5 camas, tratamos de hacer los procedimientos como corresponde, de una forma natural y cuando culmine y pasa el hecho que no se pongan a gritar ni nada, que mantengan la intimidad porque hay otros más pacientes. La persona que está en un hospital le tiene miedo a la muerte y al guardapolvo blanco”.	Dejan que el paciente esté acompañado/a El equipo profesional asiste al paciente en todo momento Involucramiento
E8	Lo dejamos tranquilo, y cuando muere damos aviso a los médicos	Avisan a los superiores El equipo profesional no interviene si no es necesario
E9	“Se le da aviso a la familia, se los deja acompañar al paciente todo el tiempo que sea necesario”.	Dejan que el paciente esté acompañado El equipo profesional asiste al paciente en todo momento
E10	“Primero se habla con los familiares, pero las decisiones siempre se toman en conjunto.	El o los compañeros/s toman las decisiones

	Para mí es importante tener siempre presente la ética y la moral. Uno tiene que brindar cuidados, tiene que ser capaz de curar y es el deseo principal de todo el equipo de salud de curar al paciente, pero también tenemos que saber que somos seres limitados y que el ensañamiento nunca es la mejor solución. Hay que ser sensato y racional, lamentablemente, ya la vida escapa al conocimiento médico, no es ético reanimar si no tiene una expectativa de vida saludable, los médicos se ensañan en mantener con vida al paciente durante su guardia, a costa de lo que sea”.	El equipo profesional asiste al paciente en todo momento Los profesionales se resisten a que muera el paciente
E11	“Y el equipo es participativo, activo, participaremos de todo lo que sea necesario. Hace dos meses se ahogó una nenita de 2 años, cuando la encontraron, estaba fallecida, estuvimos tratando de acompañar, de contener y demás. Pero sí, sí, se mantiene activo el equipo, alerta”.	El equipo profesional asiste al paciente en todo momento
E12	“En general, la mayoría, se lo fue tratando dentro de las posibilidades, se avisaba en la familia, que fuera, con ello decidimos qué intervenciones se le iba a realizar o si el deceso iba a ser natural. En general, el tratamiento es de morfina y esperar. Para que no tenga dolor o tuviera el menor dolor posible. Íbamos	El o los compañeros/s toman las decisiones El equipo profesional asiste al paciente en todo momento

	cumpliendo. Y ellos ni se daban cuenta. Damos lo mejor”.	
E13	“Se le deja las indicaciones para que no tenga dolor, se le avisa a la familia cuando fallece, no está permitido el ingreso de los familiares si no es horario de visita”.	Asegurarse que el paciente no tenga dolor Los compañeros no acompañan al paciente El equipo no interviene si no es necesario
E14	“Da aviso al médico y lo dejamos solo, solo no aseguramos que el monitor marque el deceso”.	Avisan a los superiores Los compañeros no acompañan al paciente El equipo no interviene si no es necesario
E15	“Se le avisa a la familia, se lo deja estar el tiempo que crean necesario”.	Dejan que el paciente esté acompañado
E16	“Se acompaña al paciente y a la familia, se le brinda lo que necesita”.	Acompañan a los compañeros del paciente El equipo profesional asiste al paciente en todo momento
E17	” Al paciente lo acompaña la familia, si nos necesita nos avisa, sino no invadimos”.	Acompañan los compañeros del paciente El equipo profesional no interviene si no es necesario

E18	“Acondiciona al paciente y se espera que muera”.	El equipo profesional no interviene si no es necesario
-----	--	--

d- Averiguar que valores manejan los profesionales de la salud ante la muerte de un paciente

Pregunta: Opinión sobre ensañamiento terapéutico

	Respuesta	Código Emergente
E1	“Todo tiene un límite. En la criticidad del paciente, no está bueno como práctica. Me parece que las cuestiones de poder en los profesionales de la salud tienen que ser cuestionadas”.	No estoy de acuerdo. Todo tiene un límite Relacionado con el poder
E2	“A mí no me gusta el ensañamiento, yo creo que, si vos tienes que aplicar por normativa 3 ampollas de Adrenalina, no tienes por qué usar 25 para reanimar a un paciente Eso me parece que enseña, lo que nosotros hacemos. Y le estamos entregando a la familia, no un bebé sano. Lo que entregamos es un bebé que va a necesitar muchísimas terapias, que no quedan bien, (pausa) no quedan bien, hemos entregado bebés cuádruplémicos. La madre te agradece, pero nosotros sabemos que eso no está bien, que esto se pueda haber evitado, que no hay que reanimar tanto para que viviera. Tenemos que normalizar el RCP que nosotros hacemos, que no están normalizados. No por lo menos en el servicio	No estoy de acuerdo Es necesario normatizar las intervenciones No se piensa en la condición de vida futura del paciente

	que yo trabajo”.	
E3	“Me parece horrible, me parece una falta de ética total, una falta de respeto total. Y me lo planteé y lo viví con hecho, y lo sigo viviendo. Que por más que esté jubilado, en el consultorio de la comunidad terapéutica donde estoy, todo lo trató de basar con nobleza y con el respeto extremo hacia el otro. Entonces no entra el ensañamiento médico”.	No estoy de acuerdo Falta de ética
E4	“No estoy de acuerdo con el ensañamiento terapéutico, porque el ensañamiento terapéutico esta también mal, desde la parte de enfermería hasta la parte médica, por ejemplo, cuando no puede acceder a un acceso venoso periférico, por ejemplo, una enfermera no pudiste colocar, intentaste dos veces, pedí ayuda, porque podes tener un mal día, por ahí el paciente está muy deshidratado, no podes acceder, utiliza otras técnica, si se puede utilizar, muchas veces parece que alguien está ahí intentando 6 veces, tratando de seguir probando, seguir probando, seguir probando, ¿para qué?, Haciendo una iatrogenia de la situación, en cuanto a lo que es enfermería, porque también tenemos ensañamiento terapéutico en todas las áreas de la salud. No estoy de acuerdo para nada, no lo apoyo, de hecho, habré	No estoy de acuerdo Se hace iatrogenia de la situación

	peleado con muchísimos médicos, por mi carácter, no estoy de acuerdo, por ejemplo, hacer control de glucemia en pacientes agónicos, no estoy de acuerdo, no sé, en ese momento era cada media hora, un paciente que está con sedación, a ver, ¿cuál es fundamento científico?, ninguno, entonces no, no estoy para nada de acuerdo con el encanecimiento terapéutico”.	
E5	“Es un ensayo- error. Para la práctica te enseña, pero, yo no, no lo haría”.	No estoy de acuerdo. Es un ensayo - error
E6	“Qué es violencia”.	Violencia
E7	“A veces está bueno aplicarlo y a veces no porque a veces hay mucha gente que son abandonadas y lo utilizan como prueba y yo creo que detrás de un paciente abandonado siempre hay alguien que lo ama”.	Esta medianamente de acuerdo
E8	“No me gusta, no me gusta porque a veces hay personas que invaden, que invade, al paciente por tecnicismo y por querer hacer cosas, estudiar científicamente, entonces invaden y no llegan a ningún lado. Es frustrante, el ensañamiento en el paciente me parece frustrante, el ensañamiento que a veces tienen, no estoy con ello, no estoy de acuerdo, son necesarios los protocolos”.	No estoy de acuerdo. Me parece frustrante Es necesario normatizar las intervenciones

	(cambio en la agudeza de la voz)	
E9	“Para mí es cruel, pero también tenemos que entender que, dentro del sistema de salud, médicos, enfermeros, psicólogos, hay muchas personas que son sociópatas, y muchas personas que son crueles, porque es un caldo de cultivo, no encuentras un sociópata en una isla, encuentra sociópatas o gente malvada en lugares donde se pueda tener de otro ser. Hay un documental en Netflix que se llama el Ángel de la Muerte, donde explícitamente se ve cómo un enfermero puede emplear su conocimiento para hacer mal y para matar a personas que él cree que van a morir, por ejemplo, enfermo de Diabetes, por ejemplo, viejos, o sea la enfermería, la medicina, la educación, todo lo que tenga que ver relacionado con seres humanos es un caldo de cultivo para un montón de enfermos del alma. Vayamos a decir que el sociópata es una persona que tiene una enfermedad crónica, no se recupera, y esos son precisamente personas que van a hacer mal el otro”.	No estoy de acuerdo Es cruel Seres con diferentes características
E10	“Un poco lo que te decía, uno debe tener un pensamiento crítico, un pensamiento racional y lógico, de no ensañamiento, la realidad es que no tenemos la solución, no somos omnipotentes, hay	No estoy de acuerdo Pensamiento crítico, racional y lógico

	un límite y tenemos que reconocer que somos limitados, el ensañamiento para mí no está bien”.	
E11	“No lo comparto, pero es algo que lamentablemente está entre nosotros y es muy difícil de erradicar”.	No estoy de acuerdo Es difícil erradicar
E12	“Va con lo que te dije recién. No hay que permitir sufrir más de lo que se tiene que hacer. Tratar de ayudar, que estén bien lo mejor posible, pero, no hacerle estudio, estudio, estudio, tratamiento, tratamientos, si no va a mejorar”. (cambio en la agudeza de la voz)	No estoy de acuerdo Es difícil de erradicar
E13	“Todo tiene un límite, si se intentó todo lo que está al alcance para que el paciente se recuperara y no se logra, no es viable seguir intentando”.	No estoy de acuerdo Todo tiene un límite
E14	“No estoy de acuerdo, todos nacemos y morimos, la muerte es parte de la vida, ¿para qué invadir cuando ya no hay nada más por hacer, para revertir la situación?”.	No estoy de acuerdo La muerte es parte de la vida
E15	“Debería ser penalizado”.	Debería ser penalizado
E16	“Es inhumano, debería ser penalizado”.	No estoy de acuerdo Es cruel Debería ser penalizado
E17	“No estoy de acuerdo, no es justo, hay que ponerse en lugar del otro, pensar en lo que está pasando la	No estoy de acuerdo Hay que ponerse en lugar del

	otra persona”.	otro
E18	“No estoy de acuerdo, hay que respetar a la persona, su decisión y a la persona en sí”.	No estoy de acuerdo Hay que respetar a la persona

Pregunta: Cuestionamiento al médico tratante sobre decisiones tomadas

	Respuesta	Código Emergente
E1	“Muchas veces. Todo depende del equipo con quien trabajas. Muchas veces tomaban los cuestionamientos, sí he tenido las dos experiencias, que han estado de acuerdo con lo que yo le he dicho y otras veces no, en general sí”	Si respondieron al cuestionamiento del profesional
E2	“Por lo general. Los médicos están atados a las decisiones que toman el coordinador del Servicio. Y muchas veces, los médicos, son personas que están mucho más capacitadas que los coordinadores, porque tienen actualizaciones permanentes, son gentes jóvenes. No les permiten hacer su trabajo, sino que los coordinadores están encima de ellos para que ellos no hagan nada de los que los coordinadores no quieren que hagan. Cómo, por ejemplo, dar un surfactante a un paciente que está con saturación baja sabiendo que lo necesita. No se lo puede administrar hasta que el coordinador lo indique. Y a veces pasan horas. Una vez pasó que le	Las decisiones las toman los jefes médicos. No respondieron al cuestionamiento del profesional Desidia profesional

	pusimos surfactante y no dijimos nada, para salvarle la vida al paciente, lo facturamos porque el paciente no tenía obra social y se salvó.”	
E3	“Los últimos 8 años fui jefe de geriatría y de guardia del hospital y todas las decisiones médicas que tomé siempre fueron basadas en el respeto y en el amor al que estaba sufriendo. Y cuándo lo natural que estaba viviendo, que era el proceso de morir, no se podía evitar, nos sentábamos al lado, acompañarlo en ese proceso. Porque la intención mía en los servicios fue garantizar los derechos de todas las personas, que vivían en ese lugar, que eran personas que tenían entre 40 y 50 años de internación, en un manicomio, era devolverle su humanidad.”	Las decisiones las toman los jefes médicos. Nunca hizo un reclamo
E4	“Más en la Provincia de Buenos Aires. En la provincia de Buenos Aires con la falta de personal iba también al triage, y observaba a los pacientes respiratorios, en ese momento, en el hospital de la Provincia de Buenos Aires. Recuerdo, si era una patología respiratoria, se derivó a otro sector donde se iba a atender a una Guardia de paciente	Las decisiones las toman los jefes médicos. No respondieron al cuestionamiento del profesional

	respiratorio para que no tengan contacto con otros pacientes, era al principio de la pandemia, cuando se hacía toda esa diferencia, para evitar el contagio entre los pacientes y que no estén todos en un mismo lugar geográfico esperando la atención. Y cuando veo a un paciente, y lo observó, era un paciente joven, con dificultad respiratoria, sobrepeso, y en ese momento el sobrepeso era un factor de riesgo, asmático, tenía sibilancia, estaba muy mal, lo hago esperar al paciente en ese sector, lo acompañó, doy las señales de aviso, y el médico, dijo. –“Acá tengo otros para hisopar. No me molestes”-. Bueno, espero, pensando que lo iba a atender, habló con la administrativa y le digo, por favor, ponerlo primero, este paciente tiene esta condición, no estás saturando de forma adecuada. También teníamos el problema con las bocas de oxígeno, no era solamente esto, y cuando observo el paciente, nuevamente doy vuelta al área de la Guardia, porque no se podía ir, porque en ese momento no podíamos ingresar nosotros a ese sector, veo al médico, interpela al médico, le digo –“tampoco es el hecho de dejar a un paciente y que el paciente muera”-. De hecho, pasaron unas horas y el paciente estaba	
--	---	--

	intubado. Mucha bronca, fue un momento donde las decisiones también eran erráticas, porque la humanidad de nuestra época no estaba acostumbrada a trabajar en pandemia, ninguno. Ninguno, teníamos unos pares de respiradores y uno no se forma para decir, este va a respirador, este no, nosotros no estamos acostumbrado a hacer triage de combate, y de pronto esto, internamente es como si había sido esto esa pandemia, donde poder dar el respirador al mejor postor y poder estar es una decisión espantosa. Sabíamos lo que quedaban abajo y no subían a terapia intensiva era porque tenía poca probabilidad, y eso es horrible. Me afectó profesionalmente, me marcó profesionalmente, porque también entre algunos de los pacientes eran nuestros compañeros, me marcó porque no pude despedir a mis compañeros, me marcó porque ver a un compañero edematizado, con dificultad respiratoria, no era solamente el otro que no conocemos, era el otro que durante 25 años me acompañó en la Guardia, en la formación en el cuidado, el de las discusiones, cosas que ya no van a volver. Era el otro, incluso compañeros que se habían recibido conmigo en otras instituciones,	
--	--	--

	porque además soy profesora, llevar a los estudiantes a que hagan sus prácticas y conocer hace 10 años a los enfermeros del lugar y saber que cuando volvía esos enfermeros no iban a estar más. En otra, cuando estaba dando clase y observar uno, que se muere un estudiante que le daba clase por Zoom, y uno no le conoce la cara, me marcó muchísimo, me marcó tanto que tuve que pedir ayuda psicológica para poder sostenerme, me marcó tanto que hasta cuando estuve internada y aislada por COVID por una dificultad respiratoria muy importante, para poder sostenerme es así, seguí dando clase. Marco tanto porque en una de las universidades donde trabajaba daban como un reglamento interno que si uno tenía COVID no tenía que comentarlo con el otro, me marcó mucho, me marcó mucho. Me sirvió para ser mejor profesional a mí, a mí. Para tener, y lo mío es la pediatría, la pediatría me encanta, para observar y acompañar desde otro punto de vista, el punto de vista es este, de los cuidados humanizados al máximo.”	
E5	“Y acá hicimos todo lo que pudimos y no se pudo hacer otra cosa”-, yo entiendo que el paciente	Las decisiones las toman los jefes médicos.

	cuando está vigil puede tomar sus decisiones, pero hay una parte de uno que no tiene las herramientas como ayudarlo para irse de la mejor manera, con la mejor calidad de muerte, no es calidad de vida, es calidad de muerte. Por ejemplo se pide un montón de veces, por qué no lo derivan cuando ya no podemos hacer más nada, a veces los pacientes deciden quedarse en esta institución, entonces ahí estamos en una encrucijada, porque la parte ética moral nuestra y la parte de estudio y lo que nosotros aprendimos es que sí se considera lo que el paciente decide, pero también la parte nuestra, como el sentimiento que le tenemos al paciente y lo que nosotros estudiamos es como que no encaja, no sé cómo explicarte, se hace difícil decir no se va a internar, no se va a trasladar porque necesita otros cuidados. Y a la vez uno dice, bueno que se quede porque, si no que va a ser de ese paciente, no va a mejorar su cuadro. Entonces estás en una encrucijada y a veces voy a decir, bueno, lo dejamos acá porque se quiere quedar acá y preferimos que se quede.”	No respondieron al cuestionamiento del profesional
--	---	---

E6	“Que tenía razón”	Si respondieron al cuestionamiento del profesional
E7	“Acá, en donde trabajo puedo cuestionar lo que significa para nosotros un paciente. En el COVID hemos pedido gente cercana o compañeros de trabajo, donde por ahí el médico no tiene la calidad de atención o el conocimiento que nosotros le damos y darle el acompañamiento o el buen final al paciente, y la carga horaria que tiene el médico, que ve a todos los pacientes como uno y nosotros los vemos como un todo, y cada uno es un paciente en particular y esa es la diferencia. Por ello a veces uno decide por el paciente y en muchas oportunidades podemos ver que el médico le bajó el pulgar y gracias al trabajo y a la preparación de los enfermeros de cuidados críticos, el paciente repunta y muchos se han dado de alta. La acción no es solamente el enfermero, si no, del equipo, laboratorio también, hemodiálisis y diálisis, también. Uno suma gente importante para que los pacientes repunten.”	Si respondieron al cuestionamiento del profesional

E8	“Era un médico muy hegemónico, lo que yo decía, no le dio importancia”. (piensa)	No respondieron al cuestionamiento profesional
E9	“Con lo cual dos veces perdí mi trabajo por habérselo planteado, sobre todo cuando hay sedación paliativa.”	No respondieron al cuestionamiento del profesional
E10	“Sí, cuestioné después, lo cuestioné claramente, yo creo que después pensé que fui muy egoísta de mi parte, porque no era ético. Y en un momento sí cuestione la decisión de la médica. Por suerte, nosotros tenemos una neo que por parte de los médicos nos dejan tomar bastantes decisiones por nuestra cuenta, digamos. Entonces esa noche, por ejemplo, la doctora no estaba y la decisión cuando pasa algo de esa índole, en el momento que uno tiene que realizar RCP, digamos iniciar una reanimación, Tenes que tomar la decisión vos y llamar al médico mientras tanto, y entonces ella me dijo que no estaba bien, que lo dejara, que fuera a otro lugar si yo no quería dejarlo, y así fue, yo me	Las decisiones las toman los jefes médicos. No es ético el reclamo hacia el profesional médico

	fui al sector de pediatría y ella se quedó esperando a que el bebé orbitara.”	
E11	“Se habló, fue frío, porque era un adulto mayor, se le practicó RCP, se le hicieron varias lesiones, el médico quería sacarla adelante, en ese momento era muy joven yo inexperta. Me generó sentimientos encontrados el hecho de haber visto las lesiones que le ocasionó, si bien era para querer salvar la sala de la vida y sacarla adelante, pero le fracturó varias costillas.”	No respondieron al cuestionamiento del profesional Falta de ética profesional
E12	“Me trato mal, lo planteo con supervisor, director médico, y médico, no tuve respuesta, no acepté darle las indicaciones que me mandó, le cuestioné, no actúe y no dejé que nadie hiciera eso.”	Las decisiones las toman los jefes médicos. No respondieron al cuestionamiento del profesional
E13	-	No
E14	-	No
E15	-	No
E16	“No es nada raro que debatamos entre los colegas decisiones médicas “	Si respondieron al cuestionamiento del profesional
E17	-	No

E18	“No, por temor a la respuesta, a parte las decisiones las toman los jefes no enfermería y no es ético reclamarle a un médico”	Las decisiones las toman los jefes médicos. No es ético el reclamo hacia el profesional médico
-----	---	---

Pregunta: Opinión sobre la Sedación

	Respuesta	Código Emergente
E1	“Sí. Estoy de acuerdo”.	Estoy de acuerdo
E2	“Yo creo que la sedación es muy importante porque evita el sufrimiento. Y una de las cosas que nosotros hacemos es que el paciente no sufra, muchos menos cuando son recién nacido”.	Estoy de acuerdo, evitar el sufrimiento
E3	“Depende de lo que me pide el paciente, porque muchas veces la sedación tiene que ver con que no me banco el dolor del otro, entonces, depende de lo que me pide el paciente. Si el paciente me lo pides, lo soporta, tal vez no vaya una sedación completa, lo cedo un poquito a ver si puede vivir eso. Porque yo lo que sé que la vida, vivís toda la vida y un día solo día te morís, entonces también tenéis que estar sintiendo eso. Y si lo puedes vivir, tu vida va a ser una vida completa, y si no lo vivís porque estás sedado, no te fuiste completo de acá”.	Estoy de acuerdo, si es pedido del paciente
E4	“Estoy de acuerdo con la sedación, al menos porque	Estoy de acuerdo

	yo, eh, en los pacientes oncológicos terminales sufren muchísimo, la sedación con ética, la misma manejada desde la ética, ¿no? del Comité de Ética para poder ponerla a cabo, estoy totalmente de acuerdo”.	Intervenciones con ética
E5	“El paciente no sufre con la sedación, llega un momento en que se duerme y ya. Depende solamente de nosotros y el familiar que está acompañándolo y los médicos. La realidad, la compañía que tiene somos nosotros, los enfermeros”.	Estoy de acuerdo, evitar el sufrimiento del paciente
E6	“No creo tener tanto conocimiento para decir si está bien o está mal”.	No sabe / No contesta
E7	“Que está bien utilizada siempre y cuando la persona lo decía, porque todos somos autónomos y tenemos derecho a elegir y que creo que solamente, nosotros como enfermeros marcamos una escala del dolor, y a veces el dolor pesa y el desapego del ser querido, creo que uno puede pedir directamente que, si uno sabe que tiene dolor de 20 pedirlo, porque yo creo que a nadie le gustaría sufrir. O, creo que está bueno para el proceso de irse tranquilo, sin dolor y sufrimiento, acompañado de la familia, siempre y cuando esté autorizado. Yo la persona que esté a mi	Estoy de acuerdo, si es pedido del paciente

	cargo, mi compañía, si sabe que estoy mal, que me duele, que no hay forma de calmarme, me gustaría que ella tome la decisión, de que no acelere mi muerte, pero sí de que se utilice para un buen pasar”.	
E8	“La aceptó. Y me pasó, en una pérdida personal donde tuve que decidir por eso y la acepte, para que el paciente no sufra su último estadio de vida. No estoy de acuerdo con el sufrimiento, me parece lógica la sedación”.	Estoy de acuerdo, evitar el sufrimiento del paciente
E9	“Yo creo que es necesario cuando hay problemas psiquiátricos, cuando hay dolor total, que es dolor físico, mental y espiritual o cuando hay un síntoma que no se pueda paliar, por ejemplo, vómito, náuseas. Ahí yo creo que es necesario la sedación, o sea, la sedación está para evitar el sufrimiento y cualquier génesis que evite el sufrimiento se tiene que dar una sedación. Y eso tiene que ser explícito como un recurso, no solo en cuidados paliativos, sino, en todo tipo de enfermería, porque eso es otra cosa que no entendemos en el sistema todavía, que evitar el dolor es parte esencial de la enfermería y no es necesario estar en cuidados paliativos, pero eso cuesta mucho, es más, cuesta incluso que en algunos otros lugares que no sea paliativo, se utilice	Estoy de acuerdo, si es pedido del paciente

	la vía subcutánea, cuando eso ya es un instrumento para evitar dolor en sí”.	
E10	“Depende para que sea la sedación. Nosotros usamos sedación. Uno lo que puede hacer en cuidados paliativos, aplicar diferentes drogas, diferentes medicamentos, no con un fin eutanásico, porque la realidad que legalmente no está probado, no es legal, vos lo puedes hacer es un tratamiento paliativo, Para evitar el dolor en el paciente. Nada más que para eso. Yo soy provida, por eso trabajo en neonatología”.	Estoy de acuerdo, depende de la intencionalidad Pro - Vida
E11	“Evitar el dolor, ante todo”.	Estoy de acuerdo, evitar el sufrimiento
E12	“La verdad que no estoy práctica en eso porque no sé. Si la persona es para que no sufra, bueno, pero hay personas que no aceptan esto para poder vivir y disfrutar lo demás, todo lo que se pueda, a pesar del dolor. Hay que ver cada situación”.	Estoy de acuerdo, dependiendo la intencionalidad
E13	“Estoy de acuerdo cuando no hay nada para hacer y la muerte es inminente, para evitar el dolor”.	Estoy de acuerdo, en el final de vida
E14	“Es necesario, cuando se entra en final de vida, para evitar el dolor, el sufrimiento y tener un deceso natural”.	Estoy de acuerdo, en el final de vida
E15	“Estoy de acuerdo cuando a no hay nada para hacer,	Estoy de acuerdo, en el final

	para evitar el dolor”.	de vida
E16	“Estoy de acuerdo para evitar el dolor”.	Estoy de acuerdo, para evitar el sufrimiento
E17	“Estoy de acuerdo para evitar el dolor”.	Estoy de acuerdo, para evitar el sufrimiento
E18	“Estoy de acuerdo para evitar el dolor y la angustia del paciente”	Estoy de acuerdo, para evitar el sufrimiento

f- Indagar si existen protocolos de atención y si estos tienen influencia en el impacto emocional

Pregunta: Opinión sobre la protocolización de las acciones profesionales

	Respuesta	Código Emergente
E1	“Son necesarios los protocolos”.	Los protocolos son necesarios
E2	“Las acciones tienen que estar todas protocolizadas para todos los pacientes. En la única forma que nosotros entreguemos chicos sanos a sus padres”.	Los protocolos son necesarios
E3	“Indispensables”.	Los protocolos son necesarios
E4	“Son excelentes los protocolos, sí, funciona mucho y de hecho los protocolos que sacar, por ejemplo, si nos retraemos a la época de la pandemia tuvimos que dejar los celos de lado y los profesionales nos cuidamos entre nosotros. Sacarse el equipo de	Los protocolos son necesarios

	protección personal de forma adecuada, sacarse camisolín de forma adecuada, mírame mientras me cambia, entre nosotros, cosas que antes eso no hubiese pasado y hoy por hoy sí, llámame la atención si algo estoy haciendo mal, sí, sí, sí, sí, sí, sí van”.	
E5	“No sé, la verdad que no sé”.	No sabe / no contesta
E6	“Son indispensables, pero me parece que tiene que aclararse cuántas veces tenemos que hacerlo, que tiene que estar aclarado en él algo, porque si no hay una secuencia de decir cuántas veces, tenemos que hacer el algoritmo, se tiene que dejar. Ahí entra el papel del ensañamiento, me estoy resistiendo a que el proceso fisiológico que sucede continúe su curso”.	Los protocolos son necesarios
E7	“Protocolo para el cuidado, pero no se respetan” “No sé, no sé”.	No sabe / no contesta
E8	“Sí deberían estar protocolizada. Yo en el servicio que estoy que hay cuidados paliativos, no hay protocolo. Es la dinámica nuestra, es la decisión del profesional directamente, que accionar tomar, pero sí debería haber un protocolo para que todos trabajemos igual”.	Los protocolos son necesarios
E9	“Los protocolos, muerte digna, lo utilizamos y lo	Los protocolos son

	teníamos puesto en el Office de Enfermería, por si alguna de las enfermeras no había hecho la especialidad de paliativismo., yo en general, le explicaba y educaba frente a ese protocolo. Son importante”.	necesarios
E10	-	No sabe / No contesta
E11	“Son importantes. Creo que se deberían implementar mejores acciones a través de un estudio exhaustivo”.	Los protocolos son necesarios
E12	“Creo que no son indispensables, cada situación es distinta, hacemos lo que se nos va ocurriendo”.	Los protocolos no son indispensables. Hacemos lo que se nos va ocurriendo
E13	“No lo sé”.	No sabe / no contesta
E14	“Es necesario, quitaría presión y sentimientos de impotencia”.	Los protocolos son necesarios
E15	“Supongo que sería lo mejor, para no discutir y evitar la culpa”.	Los protocolos son necesarios Evita la culpa
E16	“Son necesarios. La mayoría de las acciones están protocolizadas, el problema es que no se usan, no	Los protocolos son necesario El problema es que no se

	estamos acostumbrados hacerlo”.	usan
E17	“Es necesario para evitar los errores”.	Los protocolos son necesarios Evitan errores
E18	“Es necesario para evitar los errores y trabajar organizadamente”.	Los protocolos son necesarios Evitan errores

Pregunta: Motivos por lo que no se use los protocolos de actuación

	Respuesta	Código Emergente
E1	“Yo creo que primero es la falta de capacitación del personal. (Pausa). Y después tiene que ver con cuestiones personales. He tenido experiencia de estar trabajando en público y privado y en el privado sí se ve como más organización, más cursos sobre protocolos. No así en el sistema público. Yo creo que también pasa por cuestiones jerárquicas, cuestiones propias del personal, que no lo quiere usar o no se amoldan a la modalidad de trabajo”.	Falta de capacitación del personal Cuestiones jerárquicas Personal no se amoldan a la modalidad de trabajo Cuestiones personales
E2	“Irresponsabilidad”.	Irresponsabilidad
E3	“Idiosincrasia”.	Idiosincrasia
E4	“Cuando no hay una función de coordinación adecuada, cuando no hay gestión. Cuando no hay	Falta de coordinación Falta de gestión eficiente

	gestión no hay un protocolo utilizado en forma adecuada y para eso hace falta mucha educación, porque la persona que uno tiene cargo, el enfermero o el compañero, tiene que entender para qué sirve, para qué se utiliza, ahora si uno pone el protocolo en forma imperativo, sin poder dar una charla al personal, eso es un papel mal, si yo sé que ese protocolo se tiene que usar, tengo que dar el fundamento del por qué y cuáles son los beneficios que aporta, si no, es un papel más”.	
E5	“No sé, ni los médicos te lo piden, no sé por qué no lo usan, no sé, pero no lo usamos mucho porque son técnicas que hacemos seguido, entonces ya sabemos cómo hacerlo”.	No sabe / No contesta
E6	“No hay conciencia”.	Falta de concientización
E7	“Creo que faltan protocolizar muchas acciones. Los jefes no tienen formación ”.	Falta de capacitación del personal
E8	“Yo creo que en todos los nosocomios hay mucha política. No veo, cómo hablo con colegas, Protocolo que todos deberíamos saber, como el de la OMS, deberían estar. Pero eso es de cada institución y está todo politizado”.	Interposición de la política
E9	“Desidia, por ejemplo, falta el protocolo de cansancio por síndrome de compasión, yo creo que	Enfermería tiene múltiples dones

	es un protocolo que debe tener enfermería en todas las áreas, porque uno no solamente se cansa en cuidados paliativos, donde tiene una o dos o tres muertes por día, también se cansa la UTI, en neonatología, y ese protocolos tiene que ver con el cuidado del cuidador, cosas que a nadie le interesa, ni el sistema, ni en las instituciones que nos contratan, porque es más, yo estaba en una institución que era netamente cuidados paliativos y se dieron cuenta de que yo tendría el síndrome compasión, cuando presenté la licencia, cuando me derrumbé y este síndrome no solamente te genera problemas emocionales, sino físico, porque todo lo que pasa en tu mente y no lo puedes declarar, el cuerpo lo absorbe. Y muchos enfermeros terminamos ya dañado físicamente por problemas emocionales antes de la edad jubilatoria y es otra de las cosas que necesitamos resolver, ¿Por qué el enfermero de Cuidados Críticos tiene que esperar 30 años para jubilarse?, cuando físicamente ya no te da. Y es mentira que te hacen el estudio en el Anses, es mentira, mientras estés parada, te dicen que está bien, si tenéis un problema de salud el causante no es el trabajo. Este protocolo de Autocuidado no lo	
--	---	--

	tenemos y no hay nadie, nadie que se anime a ponerlo. ¿Por qué? porque el trabajo del enfermero, aparte de ser un trabajo mal pago, es un trabajo exquisitamente bueno, porque el enfermero no solamente sabe de cuidar, también sabe de administrar medicamentos, también sabe de administración de personal, también sabe psicología, también sabe sociología. Un enfermero licenciado, o no, tienes tres o cuatro profesiones juntas, entonces si vos perdés un enfermero que tiene todas esas peculiaridades, vas a tener que contratar cuatro personas, entonces sí visibiliza que el enfermero, que tiene un montón de dones, puede caer en un síndrome de cansancio por compasión. Explícitamente es económico, somos un número”.	
E10	-	No sabe / No contesta
E11	“No ha sido necesario, pero calculo que la falta de compromiso del personal”.	No son necesarios
E12	-	No sabe / No contesta
E13	“Tal vez la falta de conocimiento”.	Falta de capacitación del personal
E14	“Creo, que es porque nos creemos con derecho para decidir sobre la otra persona, y los protocolos vendrían a marcar límites, y, también, por la falta de	Marcan límites Falta de capacitación del personal

	conocimiento de los superiores”.	Seres con derechos
E15	“Falta de conocimiento de los superiores”.	Falta de capacitación del personal
E16	“Creo que es un problema de formación académica”.	Falta de capacitación del personal
E17	“Desconocimiento, falta de capacitación”.	Falta de formación académica
E18	“La falta de capacitación”.	Falta de formación académica

8. Marco Interpretativo

8.1. Interpretación de los resultados

De las 18 entrevistas que se realizaron, el 72,2% son profesionales de sexo femenino, en un 77,8 % de 40 años o más; el 50% Licenciados en enfermería y el 11,1% médicos, el resto enfermeros, o especialistas. La antigüedad laboral dentro de su profesión es de 21 o más años (44,4%), entre 11 a 15 años (27,8%), de 16 a 20 años (16,7%) y menos de 10 años (11,2%). El 27,7% se desempeña en la UTI, el 22,2% en Guardia de Adulto, al igual que en UTIN, 16,7% en Guardia Pediátrica y 5,6% en Guardia Neonatal, al igual porcentaje en UTIP. En cuanto al cargo que desempeña, el 61,1% son enfermeros y 22,2% médico y médico/a jefe/a de piso.

Al analizar la reacción emocional que tienen los profesionales de la salud ante la muerte de un paciente, en mayor frecuencia refirieron tristeza, mientras que el sentimiento que surge al ver a un compañero del paciente es desmoronarse por la situación es pena, la primera reacción que surge es contenerlos y acompañarlos en silencio, sólo dos entrevistados refiriendo que no experimentan ese momento.

Con respecto a los factores personales que se ponen en juego en la toma de decisiones es importante destacar que en su mayoría los entrevistados tienen título de grado o post grado, lo que le da una formación académica para el rol que desempeñan, y cuentan con una antigüedad en sus funciones, estos, refieren creer en un ser superior, a quien lo llaman Dios, Universo, Ser Superior o Abrahán, solo un profesional refirió que no cree en un ser superior. El 78% refiere que después de la muerte hay otra vida o un plano espiritual. Con respecto a la pregunta sobre algún caso que les marcó su carrera, solo uno no recuerda, el resto fue un paciente adulto (9 entrevistados) y pediátrico (6 entrevistados), de estos últimos 4 refirieron que “no se esperaba su muerte”. Al indagar sobre la decisión que tomaría si fuese él, el que se

encontrara en una etapa terminal, su mayoría refirió “no sufrimiento” y “cuidados humanizados”. Como profesionales, 11 de los 18 entrevistados, si se pensaron como seres de sostén para el sujeto de atención.

En el análisis de la toma las decisiones y teniendo en cuenta que solo dos personas no vivenciaron la muerte de un paciente en su guardia o que estaba a su cuidado, ante la muerte inminente del paciente el 61% refirió que el equipo profesional asiste en todo momento, el 33,3% no interviene si no es necesario. Y el 22,2% deja que el paciente esté acompañado. Ante la muerte del paciente, lo primero que hace el equipo profesional es acondicionar el óbito (72,2%), un 22,2% refirió llamar al médico e igual porcentaje refirió que acompañan a los compañeros del paciente fallecido y dan espacio para despedirse.

Dentro de los valores que manejan los profesionales ante la muerte de un paciente el 88,9 % se planteó las decisiones tomadas por el médico tratante, el 61,1% le cuestionó al médico tratante estas decisiones, sin respuesta a los cuestionamientos, o dijeron que “las decisiones las toman los jefes médicos”. El 61,1% considera que alguna vez sintió que las decisiones médicas/os no eran las correctas, teniendo en cuenta el estado físico, psíquico y motor del paciente al seguir con vida. El 38,9% presencié ensañamiento terapéutico, en un 71,4% más de una vez. A la pregunta de cuál es su opinión, la mayoría no está de acuerdo, refiriendo que es cruel, que debe ser penalizado, y que es necesario normatizar las intervenciones. Al referirse a la sedación, estos están de acuerdo si evita el sufrimiento, o en el final de la vida. Con respecto a los valores del equipo profesional con el que trabajan, el 50% respondió respeto, el 72,2% responsabilidad, el 38,9% tolerancia, 33,3% confianza, 27,8% solidaridad, 22,2% amor y fraternidad, y en menor medida paz, justicia y honestidad.

En mención al uso de los protocolos de actuación el 66,6% respondió que se usan en sus servicios, 22,2% no usan, el resto no sabe si se usan. La mayoría consideran que son necesarios, el resto no sabe bien su utilidad. El 28,8% no sabe cuáles intervenciones deberían ser protocolizadas, el 21,3% respondió todas, sin especificar el término y el 7,1% la maniobra de resucitación cardio pulmonar (RCP). Al preguntar cuáles eran los motivos por lo que no se usan los protocolos la mayoría respondió que, por falta de capacitación, o por apatía por parte del personal profesional.

Al realizar un análisis comparativo entre Médicos, Enfermeros y Licenciados en Enfermería, mediante tablas cruzadas, se observa una diferencia significativa en las respuestas entre médicos, enfermeros y licenciados en enfermería en relación con diversas variables.

En primer lugar, al analizar la variable "Transmitir una mala noticia", se observa que los médicos y los licenciados en enfermería tienen una mayor proporción que han transmitido una mala noticia en comparación con los enfermeros. Esto podría deberse a que los médicos y los licenciados en enfermería tienen un mayor nivel de responsabilidad en la comunicación de malas noticias a los pacientes y sus familias, mientras que los enfermeros pueden tener un papel más limitado en esta tarea.

En cuanto a la variable "Presenció morir a un paciente en su guardia", se observa que tanto los médicos como los licenciados en enfermería hay una proporción similar que han presenciado la muerte de un paciente en su guardia. Sin embargo, los enfermeros tienen una proporción menor en comparación con los otros dos grupos. Esto podría indicar que los enfermeros pueden tener menos exposición a situaciones de muerte en su práctica diaria.

En relación con la variable "Presenció morir a un paciente que estaba en su cuidado", se observa que en los licenciados en enfermería hay una proporción mayor que han presenciado

la muerte de un paciente que estaba en su cuidado en comparación con los médicos y los enfermeros. Esto podría deberse a que los licenciados en enfermería tengan un mayor contacto directo con los pacientes y compañeros, por lo tanto, tienen más oportunidades de presenciar situaciones de muerte.

En cuanto a la variable "Cuestionamiento al médico tratante", se observa que los enfermeros tienen una proporción mayor que han cuestionado al médico tratante en comparación con los médicos y los licenciados en enfermería, esto puede deberse al nivel de conocimiento.

El instrumento de observación (escala de valoración gestual) no fue analizado por falta de recursos del conocimiento, no poniendo en riesgo la validez y confiabilidad de los datos recopilados. La entrevista permitió obtener información detallada y precisa sobre las variables en estudio.

Es importante aclarar que se recolectaron 18 entrevistas, dado que se detectó saturación de datos (respuestas similares).

8.2. Discusión y comentarios

Con relación a la investigación realizadas por Huanca R.D. y Velázquez R.H., sobre el impacto que genera la muerte de pacientes pediátricos en el rol profesional del personal de enfermería del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el período 2018, estas destacaron que “hay factores idiosincráticos y culturales que rodea a la muerte, particularmente cuando se trata de niños”, es de remarcar que 6

profesionales que ante la pregunta “si hubo un caso que le marcó la carrera profesional”, respondieron que fue un paciente pediátrico, de los cuales 4 no esperaban su muerte.

También, las investigadoras destacaron la importancia de contar con el respaldo de un equipo que les proporcione contención emocional, en esta investigación se analizaron los valores del equipo con el cual trabaja, identificando la responsabilidad y respeto como punto de partida. Por último, ante los resultados de la investigación de Huanca R.D. y Velázquez R.H.(2007) quienes concluyen que “si el rol de enfermería está enmarcado y sostenido por un equipo de colegas que acompaña el proceso y, además, el profesional entiende a la muerte como parte de la vida, sin anteponer edades al suceso, el impacto se atenúa y permite generar resiliencia”, en esta investigación, los entrevistados refirieron que pensaron en qué decisión tomarían si fueran ellos los que estuvieran en una etapa terminal y que creen que luego hay otra vida o plano espiritual, por lo que se deduce que piensan en la muerte, como una continuación de la vida, lo que no se enmarca en un suceso final de un proceso.

Así mismo, en la investigación de Judith Cartiel Arasa y Marjorie-Thais (2017), se evidencia que cuando los profesionales de enfermería se enfrentan al fallecimiento de pacientes pediátricos a su cuidado, afloran tres emociones principalmente: ansiedad, miedo y frustración, las cuales son emociones básicas negativas, al igual que arroja esta investigación, obteniendo como emoción básica negativa la tristeza. Se puede comparar, en ambas investigaciones, el distanciamiento y la frialdad de los profesionales hacia los pacientes y familiares. Como también la falta de apoyo por parte de las instituciones, reflejado con la falta de capacitación y apatía del personal.

En relación a la investigación de García Avendaño D. J y Ochoa Estrada Ma. C. (2018), sobre la actitud de la enfermera ante la muerte de la persona en la unidad de cuidados

intensivos, los resultados relevantes proporcionaron, que la mayoría de los participantes consideraban la muerte como una posibilidad, en contrapartida, en esta investigación se deduce que los profesionales tienen dificultades en el cómo enfrentar el proceso de muerte de un paciente, aunque el 88,9% presenció la muerte de un paciente, “vi un paciente que falleció, que no tenía que haberse muerto, ahora me estoy acordando, se había bronco aspirado, no pudimos hacer nada” (E12), “Un paciente, adulto mayor, ingreso a UTI, con edema cerebral, por un accidente, le hicimos de todo, politraumatizado, estuvo en el servicio 6 meses y murió, no pudimos hacer más” (E16), lo que lleva a presenciar ensañamiento terapéutico, en muchos casos (el 38,9% presenció ensañamiento terapéutico alguna vez, y de ese porcentaje, el 71,4% presenció más de una vez). Es importante hacer referencia a que el 61,1% de los entrevistados sintieron, al menos una vez, que la decisión de mantener con vida a un paciente no era la mejor decisión, dado que las condiciones físicas, psíquicas y motoras estaban reducidas al mínimo. En ambas investigaciones se piensa en la muerte como un pasaje a un lugar donde encontrarán otra vida y coinciden en que, si bien la muerte es un hecho natural, enfrentarse a la familia (compañeros) del paciente es conmovedor. Aún existen instituciones donde no permiten que el paciente esté acompañado en esta instancia de vida. Si bien, los profesionales, al referirse a su propia muerte, piden no sufrir, esto no siempre se ve evidenciado en sus pacientes, dado que muchas veces se preserva la vida sin importar el uso de la tecnología y medicamentos, para prolongar un hecho inevitable, como se refiere en la E8: “...a veces hay personas que invaden, que invade, al paciente por tecnicismo y por querer hacer cosas, estudiar científicamente, entonces invaden y no llegan a ningún lado” o E9: “dentro del sistema de salud, médicos, enfermeros, psicólogos, hay muchas personas que son sociópatas, y muchas personas que son crueles, porque es un caldo de cultivo, no encuentras un sociópata en una isla, encuentra sociópatas o gente malvada en lugares donde se pueda tener de otro ser”.

9. Marco Conclusivo

9.1. Conclusión

Como conclusión se evidencia que la reacción emocional ante la condición de vida de un paciente se caracteriza por sentimientos de tristeza, desmoronamiento, y la necesidad de contener y acompañar a los compañeros del paciente. Respecto a la toma de decisiones, la mayoría de los entrevistados refiere la importancia de brindar cuidados humanizados y evitar el sufrimiento en caso de encontrarse en una etapa terminal. Además, se observa que el equipo profesional tiende a asistir, acondicionar el óbito y cuestionar las decisiones médicas, y que algunos profesionales viven en sus servicios ensañamiento terapéutico.

Los factores personales que influyen en la toma de decisiones son la formación académica, la antigüedad en sus funciones, la creencia en un ser superior y la percepción de que hay otra vida después de la muerte. Además, se observaron diferencias significativas en las respuestas entre médicos, enfermeros y licenciados en Enfermería en relación con las variables: transmisión de malas noticias, presencia de muerte en su guardia y cuestionamiento al médico tratante. Estos aspectos sociales y de salud, junto con la formación académica y las creencias personales influyen en la forma en que los profesionales de la salud manejan situaciones de muerte, toma de decisiones y su reacción emocional ante estas circunstancias.

En cuanto a los valores que manejan los profesionales ante la muerte de un paciente, se destaca el respeto y la responsabilidad. Los valores, la formación académica, la experiencia laboral, y las creencias personales son factores determinantes en la toma de decisiones de los profesionales de la salud.

En cuanto al uso de protocolos, la mayoría considera su necesidad, pero algunos no los utilizan debido a la falta de capacitación o apatía del personal. Los resultados de la investigación no proporcionan información específica sobre el impacto emocional de los

profesionales de la salud en relación con el uso de protocolos de actuación. Sin embargo, se menciona que el 66,6% de los entrevistados afirmó que se utilizan protocolos en sus servicios, aunque el 28,8% no sabe qué intervenciones deberían ser protocolizadas y el 21,3% respondió que todas, sin especificar el término “todas”. Aunque no se menciona explícitamente, es posible que el uso adecuado de los protocolos pueda ayudar a reducir el estrés y la repercusión emocional de los profesionales de la salud al proporcionar una guía clara y consistente para la toma de decisiones en situaciones en la que la vida o condición de vida del sujeto de atención está en juego, dado que algunos entrevistados refirieron que marcan límites y reduce el riesgo a errores.

Estos resultados resaltan la complejidad emocional y ética que enfrentan los profesionales de la salud en la toma de decisiones, así como la necesidad de apoyo emocional, formación continua y el uso adecuado de protocolos para garantizar cuidados de calidad.

Los profesionales de la salud (médicos y enfermeros) se ven afectados emocionalmente al tomar decisiones que comprometen la vida del paciente, generando dilemas éticos relacionados con la dignidad de las personas, la autonomía del paciente, y el ensañamiento terapéutico. Estas acciones suelen estar influenciadas por las emociones y una falta de protocolos claros o su incumplimiento, que afecta en la adecuada toma de decisiones para enfrentar situaciones límite. Tal como lo refleja la investigación de Karen Giuliana Castañeda Obando , Mirtha Flor Cervera Vallejos (2012), sobre el significado y resolución de los dilemas éticos para las enfermeras de áreas críticas, en la que se evidencia que estos dilemas están relacionados con la conservación de la vida, considerada por la complejidad en la toma de decisiones, lo que puede dejar desamparado al profesional en el marco legal, como así también, al exponer su moralidad, las relaciones con sus pares y personas externas a la institución y el aspecto emocional de estos.

Los resultados de la investigación corroboran la hipótesis planteada en el capítulo 2: Ideación del objeto por investigar, que establece que los profesionales de la salud (médicos y enfermeros) se ven afectados emocionalmente al tomar decisiones que comprometen la vida del paciente, generando dilemas éticos relacionados con la dignidad de las personas, la autonomía del paciente, y el ensañamiento terapéutico. Estas acciones suelen estar influenciadas por las emociones y una falta de protocolos claros o por su incumplimiento. La investigación respalda esta hipótesis al revelar que los profesionales de la salud experimentan una variedad de emociones negativas, como tristeza, angustia e impotencia, al enfrentar la muerte de un paciente o al tomar decisiones difíciles sobre su atención; también, se identificaron situaciones en las que los profesionales de la salud se enfrentan a dilemas éticos, como el ensañamiento terapéutico y la falta de respeto a la autonomía del paciente. El 38,9% de los entrevistados presenció ensañamiento terapéutico, y el 61,1% sintió que en ocasiones la orden de mantener con vida a un paciente no era la mejor decisión; luego se pudo determinar que los profesionales de la salud reconocen que sus decisiones pueden verse influenciadas por sus emociones y por la falta de protocolos claros, lo que sugiere que las emociones pueden desempeñar un papel importante en los dilemas éticos y en la toma de decisiones en el ámbito de la salud.

Estos resultados muestran que los profesionales de la salud experimentan tristeza y desmoronamiento emocional ante la muerte de un paciente, y que la formación académica, la antigüedad en sus funciones, las creencias personales y los valores influyen en la toma de decisiones. También se manifiesta la necesidad de protocolizar las intervenciones.

Como conclusión, estos resultados evidencian que los profesionales de la salud enfrentan complejidades emocionales y éticas en su práctica diaria, por lo que necesitan de

apoyo emocional, formación continua y uso adecuado de protocolos para garantizar cuidados de calidad a los sujetos de atención.

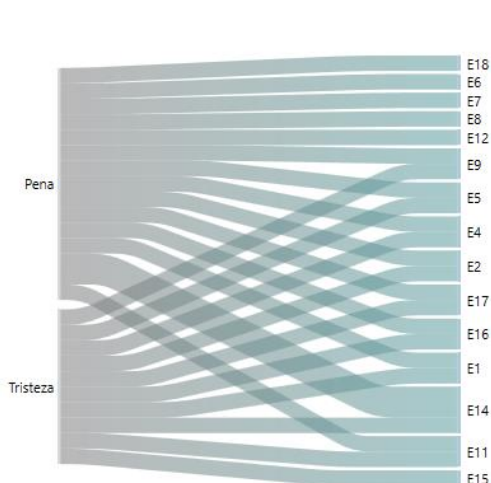


Figura U: Diagramas de Sankey: Sentimientos

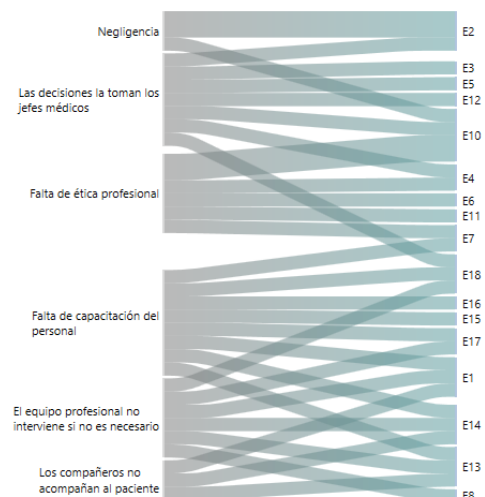


Figura V: Diagrama de Sankey: Dilemas

9.2. Recomendaciones

Es importante implementar una red de contención, de Primeros Auxilios Emocionales, diseñando estrategias para recuperar el equilibrio y a la vez brindar respuestas prontas y eficaces, con el fin ayudar a manejar y controlar la situación crítica por un lado y prevenir la instalación de patologías tales como el estrés Postraumático (TEPT) por otro (Galfaso Alicia (2007). La técnica de Debriefing, por ejemplo, es aplicable a todo profesional o personal que vive una situación difícil, triste o traumática, el cual presenta emociones difíciles de afrontar que en un tiempo son normales y luego suelen convertirse en patológica si no son abordadas a tiempo. Se busca mediante el lenguaje cognitivo y emocional, que la persona pueda relatar el hecho traumático, lógica y cronológicamente, para poder identificar signos de alarmas cognitivas. También, implementar en las instituciones un comité de ética, como apoyo en la resolución de dilemas éticos.

Resulta pertinente revisar los programas académicos, en busca de implementar en mayor medida el concepto de “muerte” como parte de la vida y no con un pensamiento de fin; así también, concientizar a los profesionales acerca de la importancia de los cuidados humanizados o cuidados paliativos, que protegen la integridad ética de los pacientes. A su vez, de motivar y educar a los profesionales para que mantengan capacitación continua, entre estas capacitaciones, el entrenamiento en habilidades de la comunicación, dado, a que a menudo se enfrenta a situaciones emocionales delicadas, como comunicar malas noticias y la habilidad para comunicarse de manera empática y compasiva es esencial en estas situaciones, como quedó demostrados en investigaciones anteriores.

Por último, mediante la medicina basada en la evidencia, a través de la investigación científica continua, protocolizar las intervenciones que pongan en juego la condición de vida del sujeto o la muerte misma de este. Tomar conciencia que los protocolos de actuación deben ser respetados y enseñados como una herramienta que quita del medio a la persona profesional y deja actuar al profesional, con ética, en pos de la persona que se encuentra en situación crítica.

En base a los resultados de la investigación, se recomienda para futuras investigaciones centrarse en el impacto emocional de los profesionales de la salud en relación con el uso de protocolos de actuación. Además, de investigar en profundidad las diferencias significativas en las respuestas entre médicos, enfermeros y licenciados en enfermería en relación con la transmisión de malas noticias y el cuestionamiento al médico tratante. Finalmente, investigar el contexto emocional en que se toman las decisiones, objetivo específico que no logró ser analizado.

10. Bibliografía

- Ana, H. (30 de octubre de 2021). Importancia de los protocolos clínicos en la actualidad. Saluddiario. Recuperado de: <https://www.saluddiario.com/importancia-de-los-protocolos-clinicos-en-la-actualidad/>
- Araza Judith Cartiel y Marjorie-Thais Navarro Morató (2017). La experiencia vivida de las enfermeras ante la muerte de un niño. Trabajo final de grado. Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat
- Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. F., Fryer-Edwards, K. A., Alexander, S. C., Barley, G. E., ... & Tulsky, J. A. (2007). "Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care". Archives of internal medicine, 167(5), 453-460.
- Bedell SE, Delbanco TL, Cook EF, Epstein FH. (1983). "Survival after cardiopulmonary resuscitation in the hospital." N Engl J Med.
- Benites Casimiro A. (2023) La Enfermería Surgió Como Profesión en La Segunda Mitad Del Siglo XIX. Scribd. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/641451002/La-enfermeria-surgio-como-profesion-en-la-segunda-mitad-del-siglo-XIX>

- Bisquerra R. (2015). Universo de las emociones: la herramienta que necesitas para conocer y gestionar tus sentimientos. Universitat de Barcelona. Recuperado de: <https://www.il3.ub.edu/blog/universo-de-las-emociones-la-herramienta-que-necesitas-para-conocer-y-gestionar-tus-sentimientos/#:~:text=Las%20emociones%20negativas%20se%20experimentan,manera%20m%C3%A1s%20o%20menos%20urgente.>
 - Campos Zamora F. (2020). Sobre ética y moral algunas precisiones útiles para estudiantes de deontología jurídica1. Revista de Ciencias Jurídicas Nro. 153 (145-168)
- Carmen, A. C. (septiembre de 2004). Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-031920040003000009&lng=es
- Castañeda Obando Karen Giuliana, Cervera Vallejos Mirtha Flor (2012). Significado y resolución de los dilemas éticos para las enfermeras de áreas críticas. Fundacion Index. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/334d.php>
- Castillo R. (2014). ¿Injuria o lesión? Colección Serie Superación. Recuperado de: <https://temas.sld.cu/traduccion/2014/11/21/injuria-o-lesion/>
 - Catecismo de la Iglesia Católica. (1992). Librería Editrice Vaticana.
 - Confederación Médica de la República Argentina. Código de Ética. 17 de abril de 1955. Recuperado de: <http://www.legisalud.gov.ar/pdf/comra.pdf>

- Consuelo, C. R. (junio de 2020). La naturaleza del cuidado humanizado. Enfermería: Cuidados Humanizados. Recuperado de: <http://orcid.org/0000-0002-2777-1396>.
- Damasio, A.R. (2000). A second chance for emotion. En R.D. Lane y L. Nadel (eds.): Cognitive Neuroscience of Emotion (pp. 12-23). Nueva York: Oxford University Press.
- Dois Castellón, A. e. (2018). Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Recuperado de: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- Dos Santos, M. A., & Hormanez, M. (2013). The attitude among nursing professionals and students when facing death: a review of the scientific literature of the last decade. Ciencia & saude coletiva, 18(9), p. 2757.
- Frankl, V. E. El hombre en busca de sentido. Editorial Herder. (1991).
- Galfaso Alicia. (2007). Manual de Primeros Auxilios Emocionales en Urgencias, Emergencias y Desastres para Primeros Respondientes. Centro Psicotraumatología Argentino.
- Gálvez Sierra, María et al. (2021). Estudio sobre el impacto emocional de la enfermedad crónica. Informe de resultados.

- Guillart Lis M. (2015). Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Revista Cubana de Oftalmología. Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009#:~:text=La%20necesidad%20de%20los%20cuidados,opini%C3%B3n%20pol%C3%ADtica%20o%20posici%C3%B3n%20social
- Huanca, Rosa Daniela y Velásquez, Raiza Hayelen (2018). "Impacto emocional de la muerte de pacientes pediátricos en el personal de enfermería del Hospital de niños Dr. Ricardo Gutiérrez". Tecnicatura Superior de Enfermería, del Instituto Amado Olmos- ATSA A-896, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Ibarra Rosales, G. (agosto de 2007). Ética y valores profesionales. Reencuentro, pp. 43-50
- J.A: Flores Lozano. La muerte y el médico: impacto emocional y burnout. Med Integral. (2002). pp 167 – 182
- Juan Pablo II. (1995). Evangelium vitae Encíclica. Librería Editrice Vaticana.
- Kubler Ross, E. (2015) Sobre el duelo y el dolor. Grupo Editorial. Ediciones Luciérnaga.
- Kubler Ross, E. (2018). Vivir hasta despedirnos. Grupo Editorial. Ediciones Luciérnaga.
- Magnante, D. Bioética Clínica, toma de decisiones, final de la vida, legislación internacional. Editorial Corpus. (2019).

- Meadors, P., & Lamson, A. (2008). "Compassion fatigue and secondary traumatization: Provider self care on intensive care units for children". *Journal of Pediatric Health Care*, 22(1), pp 24-34.
- Muñoz, L. (1995). Antecedentes sobre la investigación cualitativa en enfermería. *Horiz Enferm*, pp 18-23.
- Plum y Posner (2011). *Estupor y coma*. Ed. Marhan.
- Poncet, M. C., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J. F., Pochard, F., ... Azoulay, E. (2007). "Burnout syndrome in critical care nursing staff". *American journal of respiratory and critical care medicine*, 175(7), pp. 698-704.
- Quezada Ramírez, Yarisbeth; Morán Peña, L; González Ramírez, Patricia. Análisis de modelos y habilidades para la toma de decisiones clínicas en egresados de enfermería. *Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm.* 2017;7(4):18-26. Disponible en: <https://bit.ly/3C6tKF1> [acceso: 16/08/2022].
- Real Academia Española. (2019). *Diccionario del Español jurídico*. Recuperado de: <https://dej.rae.es/lema/persona>
- Reina-Valera. (1988). *Nuevo Testamento*. Sociedades Bíblicas Unidas.
- Stamateas, B. *Nudos Mentales, como superar nuestras propias barreras*. Editorial Vergara. (2015).
- Turismo Cultural de Buenos Aires. (09 marzo 2023). Recuperado de: https://turismoculturalbsas.com.ar/guia_turitica_bsas.php
- Viaggio, C. *Solidaridad en el final de la vida*, Hospice Madre Teresa. Imprenta digital SRL. (2015).

- Víctor Claudio Comité Permanente de Ética de la Federación de Asociaciones de Psicólogos (EFPA). Entre los caminos a y b elijo el incierto: el bien, el mal y los dilemas éticos. *Between*. Papeles del Psicólogo, 2009. Vol. 30(3), pp. 235-243, <http://www.cop.es/papeles>.
- Ynoub R. (2015). Cuestión de método. Aportes para una metodología crítica (1ª ed.) (Vol. Tomo I.). Ed. CENGAGE Learning
- Wikipedia. (25 junio 2023). Recuperado de: https://es.wikipedia.org/wiki/Profesional_de_la_salud.
- Wikipedia. (06 marzo 2022). Recuperado de: <https://enciclopedia.net/impacto/>
- Wikipedia. (09 marzo 2023). Recuperado de: https://es.wikipedia.org/wiki/Provincia_de_Buenos_Aires

11. Anexos

11.1. Instrumento de recolección de datos

TÍTULO: El impacto emocional y dilemas éticos en los profesionales de la salud

SUBTÍTULO: ¿Hay límite entre la ética profesional y la moral?

OBJETIVO GENERAL

Analizar qué impacto emocional y qué dilemas éticos se generan, cuando las tomas de decisiones entre la vida y la muerte son determinantes en las condiciones de vida del sujeto de atención, dependiendo estas, de los profesionales de la salud (médicos y enfermeros). Se toman, como instituciones para realizar la presente investigación, los servicios Guardia de Adultos, Guardia de Pediatría y Guardia Neonatal de instituciones de salud públicas y privadas de la provincia de Buenos Aires; durante el año 2023.

- 1- Sexo
 - a- Femenino
 - b- Masculino
 - c- No binario

- 2- Edad
 - a- 20 – 29
 - b- 30 – 39

- c- 40 – 49
- d- 50 o más

- 3- Nivel Académico
 - a- Enfermero/a
 - b- Lic. en Enfermería
 - c- Post grado en Enfermería
 - d- Medico/a
 - e- Especialista médico/a

- 4- Antigüedad laboral
 - a- Menos de 5 años
 - b- 6 a 10 años
 - c- 11 a 15 años
 - d- 16 a 20 años
 - e- 21 o más

- 5- Servicio en el que se desempeña profesionalmente
 - a- Guardia Adulto
 - b- Guardia Pediátrica
 - c- Terapia Neonatal
 - d- Terapia Adulto
 - e- Terapia Pediátrica

Hace 6 años que no ejerce asistencial

6- Cargo

a- Enfermero/a

b- Medico / a

c- Supervisor

d- Jefe/a de piso

e- Jefe/a de departamento

f- Otros

7- ¿Alguna vez presencié morir a un paciente en su guardia?

a- Si

b- No

c- No recuerdo

8- ¿Alguna vez presencié morir a un paciente que estaba a su cuidado?

a- Si

b- No

c- No recuerdo

9- ¿Cuál fue su primer sentimiento?

10- ¿Alguna vez se planteó las decisiones médicas tomadas?

a- Si

b- No

c- No recuerdo

11- ¿Alguna vez le cuestiono al médico tratante sobre la decisión que tomó?, ¿Qué respuesta tuvo?

a- Si

b- No

c- No recuerdo

12- ¿Hay algún caso que recuerde con precisión, que marcó su función profesional?

13- ¿Alguna vez se planteó qué decisión le gustaría que tomaran hacia su persona, si usted estuviera en etapa terminal?

a- Sí

b- No

c- No sabe

14- ¿Qué decisión le gustaría que tomaran sobre su persona?

15- ¿Qué piensa de la sedación?

16- ¿Cree en un ser superior?, ¿Cómo lo llama?

17- ¿Qué cree Ud. que hay después de la muerte?

18- ¿Qué opinión le representa el ensañamiento terapéutico?

19- ¿Presencio ensañamiento terapéutico en una de sus guardias?

a- Si

b- No

c- No recuerdo

20- ¿Cuántas veces?

21- ¿En su servicio usan protocolos de actuación?

a- Si

b- No

c- No se

22- ¿Qué opina de la protocolización de las acciones profesionales?, ¿Cuáles cree Ud. que son las actuaciones que deberían ser, necesariamente, protocolizados?

23- ¿Cuáles son los motivos que hacen que no se usen los protocolos de actuación?

24- ¿Sintió, alguna vez, mientras que se encontraba atendiendo a un paciente en estado crítico, que la orden de mantener con vida al paciente no era la mejor decisión, sabiendo que, si lo compensan y vive, su condición física, psíquica, motora, estaría reducida a mínimo?

25-	¿Tuvo, alguna vez, que transmitir alguna “mala noticia”?
a-	Si
b-	No
c-	No recuerdo
26-	¿Qué siente, cuando ve a un familiar, desmoronado por la situación?
27-	¿Cómo reaccionó usted en ese momento?
28-	¿Alguna vez se pensó como un ser de sostén?, ¿Ud. es consciente de cuán importante es su rol profesional?
29-	¿Cuándo un paciente fallece, que hace el equipo de salud?
30-	Si pudiera identificar, entre uno de estos valores, que represente al equipo de profesional con el que trabaja, cuál elegiría:
a-	Respeto
b-	Tolerancia
c-	Bondad
d-	Confianza
e-	Paz
f-	Solidaridad
g-	Amor
h-	Justicia

i- Responsabilidad

j- Honestidad

k- Fraternidad

31- ¿Qué acciones o intervenciones realiza el equipo de salud, cuando la muerte del paciente es inminente?

11.2. Consentimiento informado

Investigadora: Laura C. E. Bellini. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Humanidades y Artes. Tesis de grado para Maestría en Metodología de la Investigación Científica

Usted está siendo invitado a participar en una investigación que busca analizar qué impacto emocional y qué dilemas éticos se generan, cuando las tomas de decisiones entre la vida y la muerte son determinantes en las condiciones de vida del sujeto de atención, dependiendo estas, de los profesionales de la salud (médicos y enfermeros). Se toman, como instituciones para realizar la presente investigación, los servicios Guardia de Adultos, Guardia de Neonatal, Guardia Pediátrica, UTI, UTIP, y UTIN, de instituciones de salud públicas y privadas de la Provincia de Buenos Aires, durante el año 2023.

Beneficios: Su participación contribuirá a una mejor comprensión de los desafíos emocionales y éticos que enfrentan los profesionales de la salud en situaciones críticas.

Confidencialidad: Toda la información recopilada será tratada de manera estrictamente confidencial. Su identidad será protegida y los datos se presentarán de forma agregada, sin revelar información personal. Su participación es voluntaria. Puede negarse a participar o retirarse en cualquier momento

Si decide participar, acordaremos una entrevista individual donde podrá profundizar en sus experiencias y compartir sus perspectivas La entrevista será grabada con su consentimiento.

Contacto: Si tiene alguna pregunta sobre la investigación puede comunicarse al siguiente correo electrónico: bellinil083@gmail.com

Consentimiento: Al firmar este formulario, usted confirma que ha leído y comprendido la información proporcionada, y acepta a participar voluntariamente en esta investigación.

Firma del Participante: _____ **Fecha:** _____

Firma del Investigador: _____ **Fecha:** _____

¡Muchas gracias!

11.3. Escala de Valoración Gestual – Expresiones faciales universales

La expresión facial de las emociones viene definida por dos criterios: La musculatura implicada y los gestos que la caracterizan.



11.4. Conducta no verbal y Conductas extralingüística

El lenguaje silencioso de la comunicación: Explorando las dimensiones de la conducta no verbal y extralingüística.

	EXPRESIONES FACIALES	CAMBIOS DE MIRADA	MOVIMIENTOS DEL CUERPO	VOCAL	TEMPORAL	CONTINUIDAD
CONDUCTA NO VERBAL	*Felicidad *Tristeza *Enfado *Sorpresa *Miedo *Confusión *Desprecio	*Miradas dominantes *Mirada hacia arriba *Mirada hacia abajo *Mirada observadora *Mirada inquieta *Mirada pensadora *Mirada de lado	*Inclina tu cuerpo hacia adelante *Retrocede el cuerpo *Movimiento de las manos *Gesticulación apoyado por los movimientos de nuestra cabeza.			
CONDUCTA EXTRALINGÜISTICA				*Cambio en la agudeza del tono de voz *Cambio del timbre de voz *Tono bajo de voz *Tono de voz exacerbado	*Silencios *Voz temblorosa *Pausa	*Interrumpe *Impone una idea *Desestimar la pregunta

11.5. Declaración Universal de Derechos Humanos

Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948

Preámbulo

Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana, considerando que el desconocimiento y el menosprecio de los derechos humanos han originado actos de barbarie ultrajantes para la conciencia de la humanidad; y que se ha proclamado, como la aspiración más elevada del hombre, el advenimiento de un mundo en que los seres humanos, liberados del temor y de la miseria, disfruten de la libertad de palabra y de la libertad de creencias. Considerando esencial que los derechos humanos sean protegidos por un régimen de Derecho, a fin de que el hombre no se vea compelido al supremo recurso de la rebelión contra la tiranía y la opresión. Considerando también esencial promover el desarrollo de relaciones amistosas entre las naciones. Considerando que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres; y se han declarado resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad. Considerando que los Estados Miembros se han comprometido a asegurar, en cooperación con la Organización de las Naciones Unidas, el respeto universal y efectivo a los derechos y libertades fundamentales del hombre. Y considerando que una concepción común de estos derechos y libertades es de la mayor importancia para el pleno cumplimiento de dicho compromiso, la Asamblea General Proclama la presente Declaración Universal de Derechos Humanos como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la

educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción.

Artículo 1

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

Artículo 2

Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía.

Artículo 3

Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Artículo 4

Nadie estará sometido a esclavitud ni a servidumbre; la esclavitud y la trata de esclavos están prohibidas en todas sus formas.

Artículo 5

Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Artículo 6

Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica.

Artículo 7

Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.

Artículo 8

Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo, ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley.

Artículo 9

Nadie podrá ser arbitrariamente detenido, preso ni desterrado.

Artículo 10

Toda persona tiene derecho, en condiciones de plena igualdad, a ser oída públicamente y con justicia por un tribunal independiente e imparcial, para la determinación de sus derechos y obligaciones o para el examen de cualquier acusación contra ella en materia penal.

Artículo 11

1. Toda persona acusada de delito tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se pruebe su culpabilidad, conforme a la ley y en juicio público en el que se le hayan asegurado todas las garantías necesarias para su defensa.
2. Nadie será condenado por actos u omisiones que en el momento de cometerse no fueron delictivos según el Derecho nacional o internacional. Tampoco se impondrá pena más grave que la aplicable en el momento de la comisión del delito.

Artículo 12

Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques.

Artículo 13

1. Toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado.
2. Toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso el propio, y a regresar a su país.

Artículo 14

1. En caso de persecución, toda persona tiene derecho a buscar asilo, y a disfrutar de él, en cualquier país.
2. Este derecho no podrá ser invocado contra una acción judicial realmente originada por delitos comunes o por actos opuestos a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.

Artículo 15

1. Toda persona tiene derecho a una nacionalidad.
2. Nadie se privará arbitrariamente de su nacionalidad ni del derecho a cambiar de nacionalidad.

Artículo 16

1. Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia; y disfrutarán de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio.
2. Sólo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse el matrimonio.

3. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

Artículo 17

1. Toda persona tiene derecho a la propiedad, individual y colectivamente.
2. Nadie será privado arbitrariamente de su propiedad.

Artículo 18

Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de cambiar de religión o de creencia, así como la libertad de manifestar su religión o su creencia, individual y colectivamente, tanto en público como en privado, por la enseñanza, la práctica, el culto y la observancia.

Artículo 19

Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión.

Artículo 20

1. Toda persona tiene derecho a la libertad de reunión y de asociación pacíficas.
2. Nadie podrá ser obligado a pertenecer a una asociación.

Artículo 21

1. Toda persona tiene derecho a participar en el gobierno de su país, directamente o por medio de representantes libremente escogidos.
2. Toda persona tiene el derecho de acceso, en condiciones de igualdad, a las funciones públicas de su país.
3. La voluntad del pueblo es la base de la autoridad del poder público; esta voluntad se expresará mediante elecciones auténticas que habrán de celebrarse periódicamente, por

sufragio universal e igual y por voto secreto u otro procedimiento equivalente que garantice la libertad del voto.

Artículo 22

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

Artículo 23

1. Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.
2. Toda persona tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual salario por trabajo igual.
3. Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social.
4. Toda persona tiene derecho a fundar sindicatos y a sindicarse para la defensa de sus intereses.

Artículo 24

Toda persona tiene derecho al descanso, al disfrute del tiempo libre, a una limitación razonable de la duración del trabajo y a vacaciones periódicas pagadas.

Artículo 25

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Artículo 26

1. Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental. La instrucción elemental será obligatoria. La instrucción técnica y profesional habrá de ser generalizada; el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos.

2. La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos los grupos étnicos o religiosos; y promoverá el desarrollo de las actividades de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz.

3. Los padres tendrán derecho preferente a escoger el tipo de educación que habrá de darse a sus hijos.

Artículo 27

1. Toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten.

2. Toda persona tiene derecho a la protección de los intereses morales y materiales que le correspondan por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas de que sea autora.

Artículo 28

Toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados en esta Declaración se hagan plenamente efectivos.

Artículo 29

1. Toda persona tiene deberes respecto a la comunidad, puesto que sólo en ella puede desarrollar libre y plenamente su personalidad. 2. En el ejercicio de sus derechos y en el disfrute de sus libertades, toda persona estará solamente sujeta a las limitaciones establecidas por la ley con el único fin de asegurar el reconocimiento y el respeto de los derechos y libertades de los demás, y de satisfacer las justas exigencias de la moral, del orden público y del bienestar general en una sociedad democrática.

3. Estos derechos y libertades no podrán en ningún caso ser ejercidos en oposición a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.

Artículo 30

Nada en la presente Declaración podrá interpretarse en el sentido de que confiere derecho alguno al Estado, a un grupo o a una persona, para emprender y desarrollar actividades o realizar actos tendientes a la supresión de cualquiera de los derechos y libertades proclamados en esta Declaración.

11.6. Relato

Para pensar...

DAR

En un oasis escondido entre los más lejanos paisajes del desierto, se encontraba el
viejo Elías trabajando la tierra.

Su vecino Francisco, el acaudalado mercader, se detuvo para que sus camellos
abrevaran y vio a Elías sudando mientras parecía escarbar en la arena.

- ¿Qué tal anciano? La paz sea contigo.

- La paz sea contigo- contestó Elías, sin dejar de hacer su tarea.

- ¿Qué haces aquí, con este calor y esa pala en las manos?

- Estoy sembrando- contestó el viejo

- ¿Qué siembras aquí, bajo este sol terrible?

- Dátiles- respondió Elías, mientras señalaba el palmar a su alrededor.

- ¡Dátiles! repitió el recién llegado. El calor te ha hecho mucho daño, querido amigo.

Ven, deja esa tarea y vamos a beber unas copas.

- No, debo terminar la siembra. Luego, si quieres, beberemos.

- Dime, amigo, ¿cuántos años tienes?

- No sé, sesenta, setenta...no sé, lo he olvidado. Pero eso, ¿qué importa?

- Mira, amigo. Los dátiles tardan más de 50 años en crecer, y recién cuando se
convierten en plantas adultas, están en condiciones de dar frutos. Ojalá vivas hasta
los 120 años, pero tú sabes que difícilmente puedas llegar a cosechar algo de lo que
estás sembrando. Deja eso y ven conmigo.

- Mira Francisco, yo he comido los dátiles que sembró otro, alguien que no pensó en
comerlos. Siembro hoy para que otros puedan comer mañana los dátiles que estoy

plantando...Aunque sólo sea en honor de aquel desconocido, vale la pena terminar
mi tarea.

Es un privilegio hacer crecer a un árbol y terminar regalando sus frutos. Sembrar
para que alguien, tan importante como uno mismo, pueda recoger la cosecha, y
entonces darse cuenta que ésa es quizás la mejor razón para la siembra

Relato de la tradición oral.

**Extraído de: Galfaso Alicia. Manual de Primeros Auxilios Emocionales en Urgencias,
Emergencias y Desastres para Primeros Respondientes. Centro Psico traumatológico
Argentino.**