

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD ECLESIAÍSTICA DE CIENCIAS FILOSÓFICO - TEOLÓGICAS



**LAS REPRESENTACIONES SOCIALES QUE LOS MÉDICOS Y
ENFERMERAS(OS) DEL HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ TIENEN
SOBRE LA MUERTE DIGNA, QUITO – ECUADOR, FEBRERO 2022**

Tesis para obtener el título de Magister en Bioética

Director: Dr. José Humberto Sola Villena

Contenido

| | | |
|------|---|----|
| I. | Introducción | 4 |
| II. | Planteamiento de la investigación | 5 |
| 1. | Planteamiento del problema | 5 |
| 2. | Justificación | 5 |
| III. | Marco teórico, conceptual o referencial | 5 |
| | Perspectiva social | 10 |
| | Perspectiva psicológica | 11 |
| | Perspectiva médica y de enfermería | 11 |
| IV. | Objetivos | 15 |
| 1. | Objetivo general | 15 |
| 2. | Objetivos específicos..... | 15 |
| V. | Hipótesis | 15 |
| VI. | Materiales y métodos | 16 |
| 1. | Diseño del estudio | 16 |
| 2. | Población..... | 17 |
| 3. | Muestra | 17 |
| 4. | Criterios de selección | 17 |
| 5. | Variables | 17 |

| | | |
|-------|---|----|
| 6. | Técnicas y procedimientos | 18 |
| 7. | Plan de análisis | 19 |
| 8. | Consideraciones éticas | 19 |
| VII. | Teorización social sobre la enfermedad y la muerte: | 20 |
| a) | El contexto hospitalario y la muerte | 20 |
| VIII. | Resultados | 43 |
| IX. | Discusión..... | 60 |
| X. | Conclusiones | 62 |
| 1. | Recomendaciones..... | 64 |
| | Bibliografía | 66 |

I. Introducción

Moscovici define el concepto de representación social (RS) como un modo, una manera de comprender y de relacionarse, innato de una sociedad o de un sector social específico, a través del cual se edifica una realidad y también la cotidianidad de la vida. Jodelet, menciona que las representaciones sociales son una forma de explicar y de discurrir nuestra realidad del día a día, una forma de cognición socio-cultural.

Referente a la muerte, las representaciones sociales están estrechamente ligadas a la relación médico paciente, y estas se centran en la capacidad del médico para brindar un servicio preciso y óptimo (profesionalismo) en el proceso del final de la vida, sin olvidarse que, está tratando con un ser humano que sufre, que es vulnerable y busca ayuda en esta etapa.

Cuando una persona se enfrenta a la muerte, debería considerarse que esta sea digna, es decir que reúna las características deseadas por una persona para la etapa del final de su vida, asistida de todos los alivios y cuidados pertinentes, así como el acompañamiento de las personas que sean posibles. Dicho de otra manera; una muerte digna es el acto que por derecho tiene un individuo para terminar con su vida voluntariamente sin padecimiento, propio o ajeno, cuando la ciencia médica nada puede hacer para la curación de una enfermedad mortal.

Este trabajo tiene como objetivo describir e interpretar las representaciones sociales que tienen los médicos y enfermeras del Hospital Pablo Arturo Suárez sobre muerte digna, en su práctica clínica diaria. Este es un estudio de método cualitativo que utiliza el análisis del discurso, que recolecta la información mediante una entrevista semiestructurada, desde la perspectiva del entrevistado.

Se enlazarán las representaciones sociales con muerte, muerte digna y final de la vida como fenómenos producidos en forma colectiva y que ocurren en la interrelación de lo antropológico, lo psicológico y lo social en la asistencia a pacientes en el ocaso de su vida durante su estancia hospitalaria.

Los resultados de este estudio plasmarán lo descrito e interpretado como representaciones sociales que los profesionales de salud le dan en su práctica diaria a una muerte digna para aquellos pacientes que se encuentran en la etapa final de su vida.

II. Planteamiento de la investigación

1. Planteamiento del problema

¿Cuáles son las representaciones sociales que los médicos y enfermeras(os) del hospital Pablo Arturo Suárez tienen sobre muerte digna?

2. Justificación

En un par de siglos pasados con ciertos rezagos hasta hoy, se aplicaba a menudo frases como “desahuciar a un enfermo, de alguna manera sugiere que la labor del médico ha terminado y abandona al paciente a que se enfrente con su morir” es uno de los términos que se utilizaban antiguamente para catalogar a un paciente que no tenía cura a su enfermedad, es decir que “no había remedio” alguno para devolver a esa persona al estado de salud, acto completamente deshumanizado, que en hora buena ha ido cambiando hasta la actualidad, pero lo que no ha cambiado es como el profesional médico, de enfermería o en general el equipo de personas de un servicio de prestaciones de salud debe asumir el proceso de la muerte de un paciente.

Entender que la muerte es una etapa normal dentro del ciclo de vida es completamente antagónico para muchas personas, entre ellos el personal de salud, quienes la mayoría de las veces no reciben en su formación profesional como enfrentar este tema con el paciente moribundo, con los familiares o como asumir su propia muerte. Muchos de nosotros en el transcurso de los años nos hemos enfrentado a la muerte de un familiar, de un conocido o de un desconocido como el caso de los pacientes a quienes ayudamos en el manejo de su enfermedad, pero más no en el proceso bio-psico-social que implica el despedirse de este mundo terrenal o material como se lo denomina.

Por las razones anteriores es que en esta investigación se menciona a la muerte como un proceso natural ante el cual el personal de salud debe enfrentarse muchas veces y afrontarlo de manera clara, no con desconocimiento del manejo o falta de asesoramiento al paciente o su entorno, sin más bien busca conocer cuáles con las representaciones sociales que tanto médicos como enfermeras y enfermeros del hospital Pablo Arturo Suárez consideran como una muerte digna de un paciente y como se enfoca la atención sanitaria en el proceso final de la vida, considerando que son de gran debate y controversia en la actualidad.

III. Marco teórico, conceptual o referencial

La idea de dignidad humana empezó a desempeñar un papel importante en el campo de la bioética. Sorprendentemente, el realce de la dignidad humana en la bioética moderna está

fuertemente relacionado con eventos dramáticos similares que llevaron al desarrollo de los derechos humanos, como el horror de los campos de concentración o prisioneros utilizados en experimentación clínica, actos de barbarie conocidos hoy en todo el mundo (Donnelly, 2009).

La presencia constante en los últimos tiempos transcurridos referente al concepto de igualdad de la dignidad humana, examina causas como: fuerza de una costumbre arraigada, la conclusión de un accidente histórico, la dignidad *per se* desde su naturaleza, la prueba de que el orden moral proviene del interior de la propia naturaleza del ser humano y no es algo impuesto por la cultura (Pacheco Victor, 2012).

También la legislación nacional e internacional en la actualidad ha incorporado la terminología de dignidad del ser humano en todos los grupos etarios de las personas, y nuestro país no es ajeno a ello, tanto en la carta magna como en otro tipo de documentos normativos vigentes en nuestra legislación (Constitucion De La Republica Del Ecuador, 2013).

Habermas, sostiene el argumento de Kant referente a la dignidad humana en estrecha relación con el contenido moral del cual derivarían los derechos humanos, así también, *Nussbaum* aboga el “pensamiento kantiano según el cual lo que implica el respeto de la dignidad humana es tratar al ser humano como un fin, y no como un simple medio para lograr otros fines personales”. Por otro lado, Rawls cree que el principio de justicia debe basarse en conceptos de dignidad humana y respeto por los seres humanos y no debe ser de naturaleza ambigua, pero propone que “la prioridad léxica de la justicia representan el valor de la persona del que Kant dice que está sobre todo. "De forma abstracta, siguiendo a Taylor, las propuestas kantianas constituyen, “el cimiento del concepto actual de dignidad humana” (Pele, 2015).

Muchos autores han considerado y catalogado la dignidad humana de cierta manera, como una categoría multidimensional, uno de los mejores realizados por Ruiz Giménez ha clasificado cuatro niveles o cuatro dimensiones de la dignidad.:

- 1) La dimensión religiosa, en la que se concibe al hombre a imagen y semejanza de Dios.
- 2) La dimensión ontológica, en la que se considera al hombre proporcionado de una inteligencia racional, de un sentido de sí mismo y de su superioridad en el orden natural, el orden del mundo.
- 3) Una dimensión ética en el sentido de la autonomía moral, como función esencial del sentido del valor ante cualquier norma y ante cualquier modelo de comportamiento que va en relación con el enfoque kantiano.

4) Una dimensión social como el respeto o la fama asociada con un comportamiento valioso.

De manera singular el diccionario de la Real Academia española agrupa en la dimensión social a los sentidos, al incluirlos como parte de la forma de comportamiento de la persona dirigida por su gravedad y decoro.

La dignidad, sin embargo, es una característica inherente a todo ser humano, independientemente de su comportamiento, porque incluso un acto indigno no priva o disminuye la dignidad de una persona (Marín, 2007).

La dignidad humana en la declaración de Universal de la UNESCO sobre Bioética y Derechos Humanos del 19 de octubre de 2005 tiene ocho veces descrito su concepto, dos en el preámbulo y seis en el articulado. Se considera como declaración medular a unos de estos conceptos dentro de la Declaración. Tres años después de la Declaración, en 2008, podemos mencionar la instrucción “Dignitas humanae” aprobada por uno de los Papas del Vaticano Benedicto XVI, quien resume la posición de la Iglesia católica, dándole la posición de central en la ética y religión (Vázquez, 2017).

Una vez que hemos hecho este preámbulo sobre la dignidad en la vida vamos a hablar de la muerte como un capítulo de la historia de la vida de un ser humano, que comprende uno de los más difíciles de abordar, ya que las personas se enfocan en la vida, en la calidad de vida, como prolongar la vida, como vivirla, pero no cuando en la fecha de caducidad del ser humano, es decir el día de su muerte.

Para que este estudio tenga el sustento teórico y nos perfile dentro de los objetivos planteados en nuestra investigación, ha sido necesario realizar búsquedas en bases de datos como Meaddline, Google Scholar, PsyInfo, Cochrane, Embase, Sociological, Scopus, Science Direct, Web of Science, todos hasta con cinco años de anterioridad, pero para la descripción de la muerte de manera retrospectiva es justificable encontrar bases de datos de más de 10 años como el caso del histórico legal y social.

En un primer momento se realizó la búsqueda de la parte sociológica de la muerte, en la sociedad en general y sobre todo en el personal de salud que enfrentó este acontecimiento en su práctica profesional y las experiencias de vida que cada uno de ellos ya sea en la muerte de un paciente o en su vida familiar, esta búsqueda está enfocada en relacionar la atención por parte de los profesionales a los pacientes moribundos de los servicios de medicina interna y terapia intensiva, no he incluido en este estudio otros servicios de salud ya que no se enfrentan

de manera frecuente a la muerte como en las áreas críticas o pacientes que atienden a adultos mayores o con comorbilidades amplias.

Además, no hemos incluido a personal de salud que atiende a menores de 18 años debido a las connotaciones éticas y legales que implica su participación.

La metodología utilizada en este tipo de estudio, catalogado como cualitativo, es una la entrevista semiestructurada y la observación participante, no ha sido necesario la conformación de grupos focales.

Al hablar de la historia del ser humano se encuentra implícito su nacimiento y también su muerte, es hacer conciencia de la finitud del proceso biológico de la muerte como etapa final de un ciclo de este como especie (López, 2016).

La muerte como tal en la sociedad o el muerto propiamente dicho, se lo consideraba con respeto y dentro de un acto trascendental en las distintas culturas, así el hombre era tratado como un todo, quizás, buscando entender que, con la muerte y la descomposición del cuerpo, se desunía el alma y el cuerpo, por lo que pretendieron ciertas culturas invalidar este acto con lo que llamaron embalsamamiento y así de esta manera trataron de conservar el enlace entre los muertos y los vivos.

Civilizaciones como la egipcia la que se caracterizaba por el tratamiento psicossomático de las enfermedades o la China, una población llena de dioses a los que les entregaban ofrendas como alimentos, animales y otros, lo que generó la costumbre de colocar alimentos en las tumbas de los chinos que habían muerto.

En la Grecia y Roma Antigua el punto objetivo era la belleza y la perfección, de manera que la vida misma tenía sólo un valor relativo dando trascendencia más al cuidado del cuerpo que al espíritu.

Esto estaba en contraste con las religiones politeístas de la antigüedad que buscaban un estereotipo en las personas puras y perfectas, así el cristianismo centraba su atención en los enfermos, los débiles, los paralíticos, tal y como lo había hecho Jesús de Nazareth.

Llegando en algunos casos a ser constituida como la liberación del sufrimiento y el comienzo de una nueva etapa llena de goce eterno (Yanes et al., 2014).

Previo a adentrarnos en lo referente a representaciones sociales, es importante comentar la parte sociológica del hombre asociado a la muerte, así entonces, el hombre nace inserto en una realidad concreta denominada “mundo – materia”, es decir que ya existe previamente, dentro de un sistema económico, en nuestro caso en el sistema capitalista, lo que le otorga un lugar concreto acorde a un estrato social de pertenencia que le permite tener una visión particular de mundo coherente con su posición social, debió aprehender valores, expectativas y la forma de reproducción social, deseables y aceptadas de su grupo, naturalizarlas y reproducirlas si quiere manejarse exitosamente en la vida (Atance María Victoria, 2016) (Vial Correa & Rodríguez Guerro, 2009).

El cuidar, es uno de los hábitos diarios actuales, un acto de reproducción social, esta actividad ha estado en la historia de la humanidad y lo seguirá estando de diversas maneras ante los diversos estados de salud, enfermedad y muerte, pero solo pueden ser entendidos en cada cultura que lo practica. Antiguamente el cuidado de los niños, ancianos y enfermos era llevado adelante en los hogares o comunidades, pero en las últimas décadas esto se ha institucionalizado. Las mujeres han acompañado estas prácticas relacionadas a los ciclos de nacimiento, crianza, enfermedad y muerte. Las madres se ocupaban del cuidado de los niños y más adelante en la vida era deber de las hijas el cuidado de los padres (Bayés, 1998).

La práctica del cuidado abarca muchas acciones, algunas son realizadas por el individuo y están relacionadas con el cuidado personal, generalmente privado, mientras que otras son actividades colectivas relacionadas con la comunidad, consideradas como públicas o comunitarias. Entre esta diversidad de prácticas de cuidado, encontramos aquellos enfocados en los cuidados al final de la vida, estos abarcan los cuidados propicios en personas ante la muerte natural o la enfermedad.

Es entendible entonces que una persona que ha entrado en el proceso de la muerte o en la etapa final de la vida, y que no precisamente tiene que ver con la edad del individuo, necesita el cuidado de alguien. Entonces entendemos que sobre el concepto de la muerte giran multitud de trabajos, la mayoría de estos, versan acerca del proceso de morir, el duelo o la ansiedad que produce la idea de muerte, especialmente en los profesionales de la salud. Esto no hace más que reflejar la complejidad del tema de la muerte. Es lo que algunos autores han llamado la “multidimensionalidad de la muerte” (Bayés, 1998) (Betancourt, 2017).

Es conveniente entonces definir la perspectiva de la muerte, desde varios tópicos, para comprender como se generan las representaciones sociales, puntualizando así desde la perspectiva social, psicológica y del personal médico y enfermería.

Perspectiva social

Esta perspectiva está anclada en el enfoque del "Pensamiento Social", el cual recoge y discute la dimensión social de la cognición humana. El aporte central de esta consiste en analizar sistemáticamente el pensamiento en relación con los fenómenos de socialización y de comunicación. De esta manera, "lo social" más que el escenario o contexto de la elaboración y expresión del pensamiento, constituye su condición e incluso le aporta una lógica propia y contextualizada (Colectivas, 2013).

Max Weber vincula la acción social con su significado; es en este aspecto, en el significado y en la intersubjetividad donde se encuentra la causa de la acción; desecha como acción social la mera imitación de actos. De este modo, el objetivo de la perspectiva social sería interpretar los significados que las personas otorgan a sus actos para poder comprender sus acciones (Chocarro González, 2010).

En la Edad Media, con esa perspectiva de muerte familiar, la persona actuaba de forma calma y tranquila frente a la muerte, aceptando su destino y el fin de la vida. Esperaba con serenidad y organizaba su partida, inclusive su velorio o cortejo fúnebre. La muerte era pública y la despedida era en la casa, rodeada de parientes, amigos y vecinos, con participación también de niños. Con las transformaciones por las cuales la sociedad pasó a lo largo del tiempo, las personas fueron haciéndose menos receptivas a la muerte, pues, por las medidas sanitarias, el muerto y el enfermo en proceso de terminalidad comenzaron a ser apartados de los demás, con el objetivo de evitar riesgos y la propagación de los males. Este desplazamiento de la muerte, que ya no se da en la casa, en medio de la familia, sino en la camilla de un hospital, puede haber acelerado su interdicción en términos discursivos y psicológicos. Esta comprensión de que el hospital sería el lugar más adecuado para morir, rodeado de aparatos invasivos y de tecnología pesada, fue denominada por Menezes "muerte moderna". Así, morir se tornó un acto solitario y temido (Cano et al., 2020).

En el pasado, no muy lejano, la muerte se vivía como un acontecimiento social, toda una serie de costumbres ritualizadas que servían para calmar las ansiedades del vivo. La sociedad actual es una sociedad que niega la muerte (a pesar de las afirmaciones de Kellehear), la aparta no sólo del ideario común, sino de toda la realidad circundante. *Tomás - Sábado y Gómez-Benito* establecen que una sociedad siendo mortal, rechaza la muerte (Betancourt Betancourt & Betancourt Reyes, 2017).

Perspectiva psicológica

Desde la psicología se estudia las relaciones entre acciones que lleva a cabo el propio individuo: cómo responde, cómo se enfrenta, cómo se adapta a las situaciones .

Desde la perspectiva psicosociológica, entendemos la enfermedad y la muerte como fenómenos que dependen de la cultura y de la vida social. La atención profesional sanitaria requiere de competencias específicas y especializadas que en muchas ocasiones atomizan al individuo. La psicosociología sociológica permite ampliar el horizonte de atención clínica, articulando lo biológico con las relaciones interpersonales y las representaciones sociales. De este modo la muerte, además de ser un hecho biológico, se convierte en un hecho social, cultural, político y económico (Chocarro González, 2010).

Perspectiva médica y de enfermería

En el caso de la muerte de un paciente, el profesional sanitario se encuentra con el final ineludible de una persona por la que no puede hacerse nada más para salvarle la vida, y por ello deberá manejar correctamente sus emociones, en muchas ocasiones utilizando formas que legitimen su identidad profesional. Así por ejemplo los procedimientos de amortajamiento, aunque muy simplificados en la actualidad con respecto a los procedimientos de hace 30 años, sirven para canalizar y hacer un buen cierre de todo un proceso de cuidados; la enfermera adecenta el cadáver, lo lava y arregla, viendo en estas prácticas de cuidados básico, parte de los ritos y usos habituales de su conocimiento científico, y en definitiva de su identidad como enfermera (Chocarro González, 2010) (Bayés, 1998).

Ser y considerarse experto en materia de salud-enfermedad-muerte, tiene un extremo perverso, que consiste en creerse omnipotente, estableciendo, por tanto, un esquema de relación que dificulta la expansión de una educación capacitadora que impulse la autonomía e independencia del paciente (Chocarro González, 2010).

Frente a la muerte el hombre elabora diferentes reacciones, adaptativas o desadaptativas, para hacer frente a esa realidad que le sobrevuela permanentemente. La negación, el miedo, la ansiedad, la neutralidad... son las principales reacciones ante la mera idea de la muerte como concepto abstracto, más si lo planteamos como concepto aplicado al sí mismo (la muerte propia) o al otro (muerte de un ser querido) (Betancourt, 2017).

Estas reacciones las encontramos no sólo en el individuo, sino también en la sociedad. Por lo que el campo de estudio debe abarcar no únicamente al individuo, sino al conjunto entero de

la sociedad que se comporta como un todo a la hora de emitir sus respuestas generando con ello una concepción social de muerte que imbuje de una manera u otra a la totalidad de la población (Betancourt Betancourt & Betancourt Reyes, 2017). Desde esta perspectiva, también utilizaremos los modelos de “procesos de categorización social” desarrollados por Tajfel en 1984, y su influencia en la construcción de la identidad social y en la elaboración de los estereotipos y prejuicios; describiremos a continuación la teoría de la representación social, desarrollada por Moscovici, así como el concepto de “estigma social” estudiado por Goffman (Chocarro González, 2010). Lo que une a las teorías sociológicas propuestas es que se enfocan en el análisis de la vida cotidiana de las personas o de los componentes de la sociedad. Creemos que los conceptos desarrollados en cada uno de estos enfoques son complementarios y siguen una progresión lógica que servirá de ruta frente a la explicación de los resultados empíricos de este trabajo de campo en tanto pretende “analizar la vida de los grupos humanos” y el comportamiento humano (Blumer, 1982), en un punto muy específico de la profesión de enfermería hospitalaria: responsables del manejo cotidiano de la muerte (Chocarro González, 2010).

Las representaciones sociales emergen como campo diferenciado de investigación en el contexto cultural e histórico de las sociedades contemporáneas. Se trata de estructuras dinámicas, pragmáticas y cambiantes que operan y circulan en los sistemas de relaciones y de comportamientos que envuelven a los sujetos sociales, permitiendo el conocimiento del mundo, la elaboración de la experiencia y la comunicación. Para conciliar la cuestión de una muerte digna y sus representaciones sociales, se debe mencionar a Serge Moscovici (1979), quien definió el concepto de representación social (RS) como una forma propia de una sociedad, una forma especial de entender y comunicar de una sociedad o de un determinado grupo social es a través del cual se construye tanto la realidad como el conocimiento de la vida cotidiana. Según Jodle, las representaciones sociales son una forma de interpretar y comprender nuestra realidad frecuente, una forma de conocimiento social (Chocarro González, 2010).

El origen de la noción de representación social se remonta a finales del siglo XIX. En efecto, en su construcción del objeto de la Sociología, Durkheim definió al hecho social como algo enteramente diferente del fenómeno psicológico. Respecto a la noción de representación colectiva acuñada por Durkheim, Moscovici introduce un viraje radical. El ser humano es eminentemente social y está modelado, en particular, por el lenguaje de la sociedad a la cual pertenece y, de este modo, por el universo cognoscitivo y simbólico que le precede (Colectivas, 2013).

Las representaciones sociales que adopta un grupo de personas están estrechamente relacionadas entre lo psicológico y social.

“Así, las representaciones sociales funcionan como un sistema de interpretación de la realidad, que rige las relaciones de los individuos con su entorno físico y social. Además de que determina sus comportamientos o sus prácticas. Una de las funciones de las representaciones sociales es la de permitir entender y explicar la realidad, la segunda función es la de definir la identidad y permitir la salvaguarda de la especificidad de los grupos. La tercera función es la de guiar los comportamientos y las prácticas, ya que la representación interviene en la definición de la finalidad de la situación.” (Bayés, 1998).

Se podría decir que las representaciones sociales son la conclusión de una realidad de identidad social establecida por la moral de un pueblo. Estas representaciones sociales en el campo de la salud, sobre todo en el ámbito hospitalario y en la relación médico paciente se centra en la capacidad del médico para brindar un servicio preciso y óptimo, sin olvidarse que está tratando con un ser humano que sufre, es vulnerable y busca ayuda, sobre todo en el proceso del final de la vida.

Tal es así como desde el instante en que un paciente o el enfermo es catalogado en etapa terminal puede existir un lapso más o menos prolongado en el que la enfermedad va avanzando y se detenga de forma intermitente, irregular y con la aparición de diversos problemas de todo tipo.

Desde el mismo instante en que un enfermo es etiquetado por así decirlo como terminal los problemas incrementan cuantitativa y cualitativamente no sólo para el enfermo sino también incluye a los familiares y con la misma frecuencia también para el propio equipo de salud, considerando que tratar con los moribundos es una labor muy ardua, física y mentalmente que fácilmente puede llevar a una situación que deje emocionalmente vacío físicamente exhausto y profundamente abrumado.

De este modo si entra en una estado que se caracteriza por un contaminación gradual del forma puro con frecuentes rápidos cambios esperpento de síntomas nuevos ya exacerbación de otros preexistentes entre los que se destaca el contaminación de la probidad que puede individuo real, desorientación caos arrebatado psicomotora trastornos respiratorios con respiración raro ya estertorosa por acumulo de secreciones décimo dada la incorporación incidencia de infecciones como removible de homicidio en los pacientes con cáncer contrariedad ya ineficacia para la deglución zozobra hundimiento amenaza secuestro urinaria entre otros y que

en brazada indican una homicidio más ya aparte inminente y que provoca un gran leñazo emocional en la progenie y en el equipo terapéutico de trabajo y qué puede llevar a una crisis de claudicación emocional en la familia.

La muerte, objeto de este estudio, está altamente estigmatizada en la sociedad actual. Es un hecho social poco integrado en nuestras vidas, aunque forme parte de la actividad profesional clínica cotidiana. La formación sanitaria se encamina hacia otros derroteros, y los valores sociales no contemplan la muerte como una fase más de la vida: la última (Bayés, 1998).

La muerte es un evento inevitable que atraviesa todo ser vivo, es una verdad irrefutable, propia de la condición humana. Muchas ocasiones un proceso difícil de entender tanto para quien está cursando dicho evento, así como sus familiares y el personal médico que está a cargo. Años atrás no existían preocupación de prolongar indebidamente el suceso de muerte, ni tampoco de convertir esto en un proceso doloroso y lento, se indicaban tratamientos desproporcionados y fútiles al paciente además el personal médico miraba este proceso con insensibilidad, sin embargo, en las últimas décadas los avances científicos y tecnológicos en la medicina han ayudado a entender que el ser humano merece una muerte digna (Bayés, 1998) (Dionicio, 2014b).

En los últimos tiempos, hablar de muerte digna significa proporcionar los medios y materiales necesarios para que el paso a la muerte sea sin sufrimiento, en aquellas personas que cursan con enfermedades terminales, tomando en cuenta que son personas responsables, dotadas de sentimientos y percepciones precisas. El objetivo de esto es dar una mejor calidad de vida al final de esta sin acelerar ni retrasar la muerte. Sin embargo, esto ha sido muy controversial a lo largo de los años debido a que se trata de buscar límites al hablar de ello (Dionicio, 2014b).

Este conglomerado de valores, creencias, rutinas, tradiciones, y desarrollo profesional se configura como un universo simbólico en donde se generan una serie de expectativas en cuanto al desempeño de los diferentes roles profesionales dentro de la institución hospitalaria.

El hospital, creado para salvar vidas, se encuentra con una realidad que debe asumir: la muerte de sus pacientes; un fenómeno muy presente. Tratar con la muerte de “los otros” nos anticipa a nuestra propia muerte siendo este fenómeno el menos deseado por la mayoría de las personas quienes la consideran una verdadera amenaza. De manera que integrar la muerte en este orden simbólico, familiarizarse con ella, tiene una importancia extraordinaria, para que los profesionales se familiaricen con ella (Valeria Vázquez-Villavicencio & Fabiola Zamora-Vázquez, 2020) (Gonzalo E, 2017).

Se dice que morir con dignidad debe ser un derecho, en donde el paciente debe recibir cuidados paliativos que mejoren su calidad de vida, usando medidas adecuadas (Espa et al., 2003) (Espa et al., 2003).

La declaración sobre enfermedad terminal adoptada por la Asociación Médica Mundial, en su 35a Asamblea Médica Mundial, celebrada en Venecia, Italia, establece el derecho de los pacientes a una muerte digna, tranquila (Espa et al., 2003) (García-Rillo et al., 2012).

Es así, que muerte digna engloba varios escenarios que deben ser tratados, dentro de ellos podemos citar algunas consideraciones que se encuentran en debate como eutanasia y suicidio asistido, cuidados paliativos, limitación de los esfuerzos terapéuticos, rechazo del tratamiento, sedación paliativa y retención de atención médica por muerte (Espa et al., 2003), por citar algunas alternativas, cabe mencionar que algunas de ellas se aplican bajo legislación alrededor del mundo.

IV. Objetivos

1. Objetivo general

- 1.1 Describir las representaciones sociales que sobre muerte digna tienen los médicos y enfermeras(os) de los servicios de Medicina Interna y Terapia Intensiva del Hospital Pablo Arturo Suárez.

2. Objetivos específicos

- 2.1 Determinar las definiciones que sobre muerte digna tienen los médicos y enfermeras.
- 2.2 Caracterizar la manera por la cual los médicos y enfermeras enfrentan la muerte de sus pacientes que se encuentran en la fase final de su vida.
- 2.3 Interpretar como los médicos y enfermeras consideran que un paciente moribundo debe tener una muerte digna.

V. Hipótesis

No tiene hipótesis.

VI. Materiales y métodos

1. Diseño del estudio

El presente estudio utiliza una metodología cualitativa, ya que como lo indica Villamil (2017), este diseño es característico de un problema científico fenomenológico, se centra en los aspectos no susceptibles de la cuantificación de datos. Mediante esta metodología se obtendrá una perspectiva holística, es decir recoge la concepción de cada realidad como un todo, distinto de la suma de las partes que lo componen, esto sin reducir los sujetos a variables, estudia al fenómeno en su totalidad, es decir, no acota ni excluye elementos que lo rodean.

Aplica un muestreo no probabilístico o también conocido por conveniencia, está dirigido a los profesionales médicos y enfermeras(os) del Hospital Pablo Arturo Suárez a quienes se les aplicó una entrevista semiestructurada, una vez obtenida la aprobación de las autoridades de dicha institución, para la ejecución de la misma nos contactamos vía telefónica y correo electrónico con los médicos y enfermeras(os) de los servicios de medicina interna y terapia intensiva, esta actividad se llevó a cabo durante el mes de febrero de 2022, exponiéndoles la información del estudio, sobre todo los criterios de inclusión, para la selección de los participantes se tomó en cuenta a los primeros 8 médicos y primeras(os) 8 enfermeras(os) en responder de cada grupo.

En base a los resultados no se generó ni se probó teorías, sino más bien con la investigación se generará hipótesis y problemas investigativos, que a futuro abrirán líneas de investigación.

Esta investigación, al ser de tipo cualitativa está en la posibilidad de establecer un estándar de aceptación que puede ir desde 1 a 50 casos, se consideró la calidad de los seleccionados y su participación voluntaria para aquellos que cumplan los criterios de inclusión, recopila los argumentos de las personas que han tenido experiencias referentes al tema de investigación y las respuesta de cada uno de ellos no han sido datos simples de analizar, sino más bien sus argumentos permiten identificar las representaciones sociales para finalmente desarrollar una descripción compartida de la esencia de la experiencia de todos los participantes (lo que vivenciaron y de qué forma lo hicieron).

Toda la información obtenida se sintetizó bajo el análisis del discurso, es decir se ha logrado captar de la transmisión del mensaje y entender de la mejor manera el discurso o lo discursivo por parte de cada uno de los participantes del estudio.

2. Población

Está conformada por los profesionales médicos y profesionales enfermeras(os) del Hospital Pablo Arturo Suárez a quienes se les aplicó una entrevista semiestructurada que cuenta con la aprobación de las autoridades de esa institución y la Coordinación de Docencia e Investigación del Hospital, así como el Comité de Investigación en Seres Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, para la aplicación de esta nos contactamos con los médicos y enfermeras(os) de los servicios de medicina interna y terapia intensiva.

3. Muestra

La selección de la muestra siguió parámetros de calidad y no parámetros estadísticos que se emplean en los estudios cuantitativos. Se incluyó como participantes a 8 profesionales médicos y 8 profesionales enfermeras(os) del Hospital Pablo Arturo Suárez, considerando que el promedio de médicos tratantes y enfermeras corresponde a 8 profesionales por cada área seleccionada lo que justifica la muestra de estudio, además que garanticen la información necesaria para estudiar completamente el problema y que estén en la capacidad de responder a todas las interrogantes de investigación planteadas, fundamentalmente a los objetivos de este estudio.

4. Criterios de selección

Para garantizar la selección de los participantes, se consideró:

- Inmersión del investigador: en el campo donde se llevó a cabo la recolección de los datos, esto implica, explorar el ambiente y a sus integrantes, para identificar a los futuros participantes.
- Características propias del problema de investigación: al estar el investigador vinculado con la salud y la institución que cuenta con los profesionales necesarios para cumplir con el objetivo de la investigación, más de uno de los participantes por no decir todos los médicos y enfermeras(os) han tenido diversas experiencias frente a la muerte de un paciente, por lo que es una muestra garantizada sobre todo en las áreas de Terapia Intensiva y Medicina Interna.

5. Variables

La investigación cualitativa a diferencia de la investigación cuantitativa no establece una relación de variables sino más bien es una investigación participativa, de campo, socio - etnográfica, de análisis de casos, poniendo como característica común el referirse a sucesos simples o complejos que buscan ser descritos completamente en el lugar de los hechos.

6. Técnicas y procedimientos

Las entrevistas fueron realizadas por el investigador principal en las instalaciones del Hospital Pablo Arturo Suárez, hasta completar la muestra seleccionada discursiva, fueron grabadas en audio previa autorización mediante la firma del consentimiento informado de los participantes y transcritas en su totalidad. Todos los sujetos seleccionados dieron del consentimiento informado y estuvieron al tanto de los posibles riesgos y beneficios que involucraba su participación en este estudio.

Una vez obtenidas las grabaciones de las entrevistas, se archivaron de manera digital en la computadora de uso personal del investigador, identificándolas así: con el número 01 hasta el 08 sucesivamente, especificando si es médico o enfermera, quedando así: MED1, ENF1, etcétera. Cuando la información fue procesada, se almacenó como documentos digitalizados que quedaron custodiados por el investigador, información a la que no tuvieron acceso otras personas, una vez concluida la investigación y plasmados los resultados se eliminaron.

Se describe y entiende los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente, esto sustentado en el análisis del discurso como se había explicado anteriormente, así como en la búsqueda de sus posibles significados.

Los procedimientos básicos incluyeron:

1. Determinar y definir el problema a estudiar
2. Seleccionar los participantes
3. Recopilar los datos de las experiencias vividas por los participantes con respecto al tema de investigación, hasta completar la muestra seleccionada en relación con la saturación discursiva.
4. Analizar los comportamientos y narrativas personales para tener un panorama general de las experiencias vividas.
5. Identificar las unidades de significado y generar categorías, temas y patrones, detectando citas o unidades clave
6. Elaborar una descripción genérica de las experiencias y su estructura (condiciones en las cuales ocurrieron, las situaciones que las rodean y el contexto)

7. Desarrollar un discurso narrativo que combine las descripciones y la estructura a fin de transmitir la esencia de la experiencia en cuanto al fenómeno estudiado y las diferentes apreciaciones, valoraciones y opiniones sobre este.

En el caso de detectar en los profesionales que participan, alguna reacción de susceptibilidad por las preguntas o la manifestación de experiencias vividas frente a la muerte, se notificará al área de salud mental institucional para el manejo de estos casos, mediante la intervención del área de salud ocupacional, considerando que el tema no involucra información personal, confidencial o privada y que además son profesionales de la salud que han tenido la experiencia de enfrentarse a la muerte de pacientes de manera frecuente.

7. Plan de análisis

En cuanto al diseño general, se ha propuesto una combinación de hermenéutica y teoría básica, siendo la primera la posición que mantiene el investigador a lo largo del proceso de investigación, y la teoría básica como herramienta a utilizar para el análisis de datos, ambas constituyen la base para la construcción del conocimiento.

Se analizaron y deconstruyeron interpretaciones en las que los saberes y experiencias de los participantes se convirtieron en textos, pero al mismo tiempo se visualizaron las representaciones sociales como proceso y base para que cada uno explique y comprenda el fenómeno de la muerte digna, es decir, la difusión.

En cuanto a la interpretación, no solo se agotó en su aspecto filosófico, sino que va más allá del presupuesto metodológico en el que se asume una comprensión de la realidad social bajo la metáfora del texto, y puede ser explicada a través del uso de vías metodológicas con características específicas que la distinguen de otras alternativas de investigación. En el curso del desarrollo de la investigación, una parte fue esclarecer las llamadas posiciones interpretativas en el análisis de datos. En cuanto a lo que es una teoría básica, se establecerá un argumento derivado de datos que han sido recopilados y analizados sistemáticamente a través del proceso de investigación. En este enfoque se vinculan la recolección de datos, el análisis y la teoría.

8. Consideraciones éticas

El protocolo de este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de investigación en Seres Humanos (CEISH), de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, una vez cumplido con los requisitos solicitados.

VII. Teorización social sobre la enfermedad y la muerte:

a) El contexto hospitalario y la muerte

- Diferentes roles y la “carrera del enfermo”

Para Darwin y sus seguidores, hablar de muerte es un resultado de multiplicar la probabilidad por la suerte, esto va en función del tiempo, primero: lo que inicialmente es apenas posible, con el paso del tiempo se va volviendo probable y tarde o temprano se vuelve inevitable. “El concepto popular de que la función del médico se limita a <<luchar contra la muerte>>, aparte de no ser correcto, lo coloca en la incómoda posición de perdedor obligado, porque en última instancia la muerte siempre saldrá ganando” (Ruy Perez Tamayo, 2002).

Para Darwin y sus seguidores consideran que la muerte es simplemente el resultado de duplicar la probabilidad por casualidad en función del tiempo: en esta ecuación, lo que inicialmente era casi imposible se vuelve cada vez más posible, y tarde o temprano también se vuelve inevitable. La noción popular de que el papel del médico se limita a "combatir la muerte", además de estar desorientado, lo coloca en la incómoda posición de un perdedor forzoso, porque al final siempre triunfará la muerte (Ruy Perez Tamayo, 2002).

Si hablamos de dignidad humana a través del cristianismo, entenderemos que este concepto se basa en tres pilares fundamentales como son: su esencia de divinidad, su estado de imagen y semejanza de Dios y en su fin en el Creador como tal. Es de esta manera que el término dignidad queda definido para todos por igual estableciendo una relación directa con Dios y no con otro tipo de condiciones como: etnia, ciudadanía, creencias, sexo, etc. “Esa dignidad dota al hombre de ciertos derechos inalienables y de ella nacen las tareas de protección y respeto” (Vial Correa & Rodríguez Guerro, 2009).

Para un cristiano, la dignidad del hombre tiene tres fundamentos: su origen divino, su descripción de imagen y semejanza de Dios, y su fin en el mismo Creador. Así, la dignidad se define, para todos los hombres, en relación directa con Dios, independientemente de cualquier otra condición: raza, nacionalidad, sexo, edad, umbral de credo y condición social. Esta dignidad le otorga al ser humano unos derechos inalienables y le impone deberes de protección y respeto (Vial Correa & Rodríguez Guerro, 2009).

“Dignidad” y “derechos” crear un estado especial y único de las personas, en el que el estado de los súbditos se une con la verdad que es superior a ellos (Vial Correa & Rodríguez Guerro, 2009).

Al hablar de dignidad, es necesario entender que esta no viene dada por aspectos biológicos, psicológicos o sociales ya que esto solamente ayuda a diferenciar a los seres humanos unos de otros. La dignidad más bien es “aquello que les es común y constitutivo, su filiación con el Sujeto Absoluto” (Vial Correa & Rodríguez Guerra, 2009).

De manera independiente de la cualidad o el defecto, todos los seres humanos tienen la misma dignidad, pues esta no proviene de aspectos biológicos, psicológicos o sociales que distan a unas personas de otras, sino que nace de lo que es común y fundamental, su relación con los demás (Vial Correa & Rodríguez Guerra, 2009).

La medicina de hoy ha logrado prolongar la vida y combatir muchas enfermedades premortales; pero aun así el ser humano no puede escapar de la muerte. A veces el intento de prolongar la vida fracasa y de manera desagradable prolonga la muerte, o más bien aumenta el sufrimiento del paciente y sus familiares a través de excesos terapéuticos sobre la falsa base de la protección ilimitada de la vida (Ñuscué & Coral, 2022).

Se plantean varias soluciones, si el paciente no puede respirar, se utiliza un tubo endotraqueal y un ventilador; si tiene una infección en la sangre, se inician antibióticos fuertes y se continúa con el proceso de curación; si tiene mucho líquido alrededor de los pulmones, se le insertará un tubo torácico; cuando el corazón se detiene, se inicia un masaje cardíaco y se administran medicamentos para mantenerlo activo, y se puede enumerar un millón de cosas que los médicos y el personal de salud hacen todos los días para mantener con vida a la persona (Ñuscué & Coral, 2022).

Los médicos bien intencionados siempre están buscando algo que hacer; pero es necesario saber cuándo las armas terapéuticas generales deben usarse más plenamente en el día a día o no, considerando que aquí cobra mucha importancia el principio de beneficencia y autonomía. La medicina moderna puede producir varios efectos, pero ninguno de ellos es realmente beneficioso para el paciente a menos que éste lo aprecie. Desafortunadamente, esta pregunta básica a veces se olvida y el médico se enfoca solo en mantener vivo al paciente, olvidando a menudo los deseos y anhelos del paciente (Ñuscué & Coral, 2022).

Los enfermos y sus consanguíneos exigen a los galenos “hacer todo” para prolongar su vida; pero, en la mayoría de ocasiones, por desgracia, tienen poca idea de lo que implica el “todo” (Ñuscué & Coral, 2022).

Cuando el tiempo de una persona se aproxima al fin de la vida, se debe proporcionar el tiempo necesario para el dialogo y plantear a los pacientes gravemente enfermos las diversas opciones de la prestación médica que incluya la opción de rechazar a un sinnúmero de intervenciones (Ñuscué & Coral, 2022).

- **Las instituciones totales y el mundo del hospital.**

La baja aceptación de la muerte en la sociedad que tenemos se debe a varios factores, uno de ellos es que la gente asocia a las instituciones de salud como "hospital de la muerte", ya que cada día, la muerte se aleja más de la vida cotidiana y se institucionaliza hacia lo que todos conocemos como "hospital", porque la muerte ocurre más a menudo en los hospitales. (Ñuscué & Coral, 2022).

La creación de los hospitales como lugares para tratamientos médicos que auguraban y ofertan la curación y extensión de la vida, llevó a los pacientes a hospitalizarse para que puedan tener una opción de mejorar su salud, más la muerte y el morir en el calor de hogar cada vez más se fueron separando de la vida corriente (Ñuscué & Coral, 2022).

Hoy en día, los pacientes en estado crítico son llevados a hospitales y confinados en unidades de cuidados intensivos, donde las horas de visita por su familiares son limitadas e incluso si el paciente se está muriendo o agonizando, el acceso a sus seres queridos es casi restringido. Los pacientes con enfermedades terminales o con pocas expectativas de vida, son aislados, ubicados en la última habitación del hospital y rara vez son vistos o atendidos por el equipo de tratamiento (Ñuscué & Coral, 2022).

Sin embargo, una de las labores más complejas en la práctica clínica diaria, dividida en departamentos o especialidades, es reconocer cuándo las intervenciones no cambian el panorama general y reconocer que la solución de problemas específicos no puede mejorar el cuadro clínico general; dicho de otra manera, determinar cuándo el enfermo no está siendo beneficiado por completo (Ñuscué & Coral, 2022).

El proceso de la muerte ha pasado de ser un acto que ocurría en el hogar, en el núcleo de la familia a un evento que por institucionalización de la enfermedad se da en los hospitales. Según Saunders, los cuidados paliativos se vienen desarrollando en Europa desde el siglo IV y a partir de 1842, el término "hospicios" se utilizó para el cuidado de los enfermos terminales en Lyon, Francia, y en 1967 se abrió el primer hospicio en Sydenham, al sur de Londres y

seguido de esto se puso en marcha el “movimiento hospice” que se prestaría para lo que actualmente se conoce como “cuidados paliativos” (Ignorosa-Nava & González-Juárez, 2014).

La literatura y la propia experiencia confirman que la valoración de la calidad y eficacia de la atención prestada se refleja en la satisfacción del paciente, la familia y el equipo multidisciplinario. En el cuidado se deben tener en cuenta diversas áreas y necesidades, tales como: 1. Aspectos orgánicos es decir los aspectos médicos, 2. Aspectos Emocionales que hacen referencia a los aspectos psicológicos, 3. La Familia y el trabajo en marcados en el aspecto social, 4. El aspecto existencial que tiene inmeros a lo espiritual y metafísico, 5. Aspecto de bienestar y calidad de vida, específicamente el alivio del dolor; para conseguirlo mediante una atención oportuna, individualizada, humanizada, continua y eficaz por parte de los profesoinales de medicina y de enfermería de acuerdo con la Deontología y la normativa establecida para el ejercicio profesional (Ignorosa-Nava & González-Juárez, 2014).

En ese sentido, al brindar cuidados paliativos, es relevante considerar los derechos del enfermo terminal, que son un conjunto de derechos humanos fundamentales que también sustentan la reflexión sobre los valores y principios de la bioética que se describen así:

1. Tienes derecho a ser tratado como una persona viva hasta que mueras.
2. Tienes derecho a conservar cualquier esperanza, sea cual sea.
3. Tienes derecho a expresar tus sentimientos y emociones cuando te aproximes a la muerte y a tu manera.
4. Tiene derecho a ser atendido por médicos y enfermeras, incluso si los objetivos del tratamiento deben ser reemplazados por objetivos de comodidad.
5. Tienes derecho a no morir solo.
6. Tienes derecho a estar libre de dolor.
7. Tiene derecho a una respuesta honesta a cualquier pregunta.
8. Tienes derecho a recibir ayuda de y para que tu familia acepte tu muerte.

9. Tienes derecho a morir en paz y dignidad (sin prolongar innecesariamente la agonía cuando no haya posibilidad de recuperación).

10. Tiene derecho a mantener su individualidad ya no ser juzgado por sus decisiones que puedan entrar en conflicto con las creencias de los demás.

11. Tienes derecho al cuidado de personas sensibles y competentes que busquen comprender tus necesidades y que encuentren alguna satisfacción en ayudarte a sobrellevar la muerte.

12. Tienes derecho al respeto de tu cuerpo después de tu muerte (Ignorosa-Nava & González-Juárez, 2014).

- **La relación entre el profesional sanitario y el paciente**

La relación médico–paciente basada en la honestidad, el respeto, la ética y el sentido humanista que ennoblece a los profesionales de la salud, permitirá siempre al médico conocer bien a su paciente, su entorno social, cultural y psicológico; si el médico se interesa únicamente en el área biológica, limita la posibilidad de ganarse la confianza del enfermo y sus familiares, degradándose esta relación a un simple acto mercantilista (García-Rillo et al., 2012).

He usado varias veces la expresión “relación médico-paciente óptima”, por lo que conviene caracterizarla. Desde luego, se trata de la relación interpersonal, que puede contar con testigos, pero no con interferencias, entre el paciente y su médico, y entre el médico y su paciente. Como todas las relaciones humanas, esta también tiene una historia natural, un principio en el que el miedo y la incertidumbre iniciales, por parte del enfermo, y la apertura y el trato amable y respetuoso, pero cada vez con más conocimiento del problema de su paciente del médico (Ruy Perez Tamayo, 2002).

El proceder del médico debe permitir la muerte en lugar de prolongar la agonía es decir debe existir una limitación del esfuerzo terapéutico, reorientación terapéutica o proporcionalidad, no que se considere como eutanasia pasiva, como todavía algunos malinterpretan. No iniciar o abstenerse de un tratamiento inútil es un acto ético ya que es una buena práctica médica, especialmente en relación con un individuo (Ñuscué & Coral, 2022).

Ruelas se preguntó ¿Cuál sería la última imagen que le gustaría guardar en su memoria en el momento de la transición a otra dimensión?, haciendo referencia al momento de la muerte y su respuesta fue clara y mencionando que ver a las personas a su alrededor sonriendo en ese

último momento, de ahí la palabra “sonrie”, nace la siguiente abreviatura, la S referente a la seguridad para el paciente, la O de oportunidad de atención, la N de necesidades satisfechas físicas o emocionales, R de resultados clínicos esperados que pueden verificarse con la I de indicadores que a su vez muestran la E de efectividad de la atención (Ignorosa-Nava & González-Juárez, 2014).

Al analizar la acción que en el discurso aparece vinculada al “cuidado” en la mayoría de los casos aparecen términos como: “acompañar”, “no generando dependencia” y “respetando las decisiones y la historia del otro”, un solo caso refirió asistiendo, y otro otorgando o recibiendo cuidados profesionales. Este “acompañar” referido por casi la totalidad de los entrevistados, está casi siempre ligado al respeto de la decisión del otro (paciente/paciente), al respeto de su historia, de sus intereses (Victor, 2012).

El estudiante de medicina transita por experiencias, en aulas y hospitales, que le permiten conocer el concepto de muerte desde diferentes perspectivas. Aprendiendo los términos de muerte celular, necrosis y apoptosis (en las aulas y laboratorios); aprende anatomía practicando en cadáveres (en la sala de disecciones); para posteriormente presenciar el coma, la muerte cerebral y la muerte clínica (en sus prácticas de hospital). Es aquí donde se manifiesta el carácter, la templanza, la sensibilidad y el humanismo del estudiante y el médico al enfrentarse a la muerte de un semejante, trátase de la edad de que se trate (García-Rillo et al., 2012).

Una labor médica eficiente, efectiva y eficaz para apoyar a los pacientes con cáncer terminal requiere del compromiso del entorno familiar, la sociedad y las instituciones no solo de salud; de lo contrario se consideraría un acto desproporcionado, una escena de "muerte indigna" (Dionicio, 2014b).

- **La ideología subyacente en la atención profesional de los sanitarios**

La muerte es un evento cotidiano durante la práctica médica, pero ¿cómo se forma al médico respecto a la muerte? El primer contacto con la muerte es a través de comprender la muerte celular; ésta se presenta cuando todos los mecanismos de adaptación y de resistencia celular se han agotado y dejan de funcionar. A este concepto encontramos dos vinculados estrechamente: la necrosis y la apoptosis. El segundo contacto con la muerte es a través del curso práctico de anatomía, la realización de disección en cadáveres. Tal vez ésta sea la experiencia más significativa en relación con la muerte. El tercer contacto es la muerte clínica, definida como el cese de las funciones orgánicas de cualquier ser vivo; pudiendo ser ésta

repentina o estar precedida por una etapa agónica, que pudiera durar días o meses antes de la muerte, siendo posible encontrar manifestaciones clínicas específicas que la presagian (García-Rillo et al., 2012).

El tránsito por diferentes perspectivas de mirar la muerte conduce al estudiante de medicina y al médico a comprenderla, en términos de la ciencia médica, como “el límite donde la función orgánica es incapaz de sostener la homeostasia, sobreviniendo de manera irreversible y definitiva el daño, causando el cese de todas las funciones vitales” (García-Rillo et al., 2012).

La mayor parte de los textos de ética médica son mezclas de principios y normas derivadas de estas tres esferas de la ética: la laica, la general y la trascendental. Las dos primeras pretenden apoyarse en la razón y están abiertas al análisis y a la discusión basada en argumentos históricos actuales, pero siempre objetivos, mientras que la tercera emana del dogma y se basa en la fe, por lo que no está sujeta a discusión (Ruy Perez Tamayo, 2002).

La ética médica es, pues, la rama de la bioética que tiene que ver únicamente con los aspectos específicos de la práctica de la profesión (Ruy Perez Tamayo, 2002).

Yo pienso que el mejor punto de partida para elaborar un código ético médico no es un documento antiguo o una serie de mandamientos no razonados, sino la naturaleza específica de la medicina, definida en función de sus objetivos, que solo son tres siguientes: *1) preservar la salud; 2) curar o aliviar, cuando no se puede curar, y siempre apoyar y acompañar al paciente; y 3) evitar muertes prematuras e innecesarias* (Ruy Perez Tamayo, 2002).

El médico que ejerce con sentido humanista, aprende a generar, con su paciente y los familiares, un ambiente de cordialidad y confianza, interés mutuo y reciprocidad, enmarcado también con un diálogo sencillo, entendible, compasivo hacia el paciente, respetando su autonomía, identificando además su entorno, preparación y cultura, así como también qué tan receptivos y comprensivos puedan ser, tanto el paciente como sus familiares, al darles la mala noticia (García-Rillo et al., 2012).

Lograr que hombres y mujeres vivan jóvenes y sanos y mueran sin sufrimientos y con dignidad, lo más tarde que sea posible (Ruy Perez Tamayo, 2002).

Es aceptable que cada médico tenga su propia manera de pensar, su filosofía y sus creencias, sus debilidades y sus propias experiencias, al igual que los pacientes. Sin embargo, a la hora

de comunicar la noticia de una muerte inminente habrá de poner a prueba su inteligencia, objetividad y vocación de servicio humanista (García-Rillo et al., 2012).

- **El hospital como sistema social: función del hospital y su gestión**

Las prácticas de cuidado abarcan un número enorme de acciones. Algunas son realizadas por el propio individuo en relación con su cuidado y muchas veces son privadas, otras son realizadas en grupo, en relación con la comunidad y suelen considerarse públicas o comunitarias. Entre estas prácticas de cuidado encontramos los cuidados al final de vida. Estos abarcan los cuidados propiciados en personas ante la muerte natural o la enfermedad. Entre ellos se encuentran los cuidados paliativos (Victor, 2012).

Informar es un acto legal, la Ley General de Salud obliga e indica el deber de informar oportuna y verazmente de su diagnóstico a los pacientes, salvo dos excepciones: 1) El privilegio terapéutico, cuando el médico considera que la información puede ser perjudicial al enfermo (antecedentes psiquiátricos y tendencias suicidas). 2) Cuando el enfermo rehúsa a ser informado. Al no contar el médico con formación en el área de la comunicación y las humanidades corre el riesgo de contemplar el binomio salud–enfermedad partiendo de una perspectiva totalmente biológica y, por tanto, deshumanizada (García-Rillo et al., 2012).

Los avances en ciencia y tecnología son extraordinarios y alentadores en cuanto al diagnóstico temprano y tratamiento oportuno en infinidad de padecimientos; la medicina del futuro estará basada en la biología molecular, los genes, las proteínas y las células troncales o células madre, que ganan terreno e importancia en la epidemiología genética, la medicina preventiva, curativa y regenerativa. Mientras se cristalizan los beneficios prometedores de estas áreas, las limitaciones médicas en enfermedades terminales siguen siendo las mismas, pero, aun tratándose de un caso en el que ya no hay ninguna posibilidad de preservar la vida hay que ofrecer algo, nunca quitar la esperanza por completo, ofrecer aunque sea un tratamiento paliativo que aminore el sufrimiento del paciente (García-Rillo et al., 2012).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) determina a los cuidados paliativos como «el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales» (Dionicio, 2014b).

El concepto de medicina paliativa es, con frecuencia erróneo: se considera que indicarla y utilizarla equivale a “no hacer nada”, lo que está absolutamente alejado de la realidad. El fin es suprimir el dolor y otros síntomas molestos, evitar (dentro de lo posible) el sufrimiento y, de esta manera, mejorar la calidad de vida, con el fin de que el enfermo tenga la voluntad de preservar una vida que se pueda considerar digna (Sandoval-Gutiérrez, 2019).

- **La muerte como evento vital estresante**

La muerte es la cesación definitiva de la vida en el cuerpo. Los avances técnico-científicos de la medicina lograron posponerla (Morais et al., 2016).

Todo ser es ser mortal. Pero la palabra muerte parece referida a la persona, con preferencia a cualquier otra realidad conocida. Al hablar de la muerte aludimos a algo que es exclusivo y común a todos los seres humanos. La muerte es eso que acontece a nuestros congéneres, y que llamamos así los que todavía estamos vivos, los que sobrevivimos (Saldívar, 2017).

Resulta difícil esperar la muerte para quien ignora la razón de su espera. Sabemos que la muerte vendrá, pero ¿qué es lo que vendrá con la muerte? Nuestras reflexiones, aun sin desearlo, acaban por centrarse siempre, irremediablemente, en el plano extremo y absoluto de la aniquilación o de la supervivencia. ¿Es la muerte la respuesta final? ¿Habrá un último después? Ningún pensamiento, por supuesto, nos resolverá el enigma. Intelectualmente resulta, sin duda, muy ardua la esperanza de una vida personal y eterna. Nada parece admitir que la vida tenga un objeto fuera de sí misma, nada que nos haga suponer que el fin de la existencia no sea otro que su propio acabamiento (Saldívar, 2017).

Frente a la muerte podemos demostrar resignación, rebeldía, esperanza o lo peor, pereza. En gran medida, nuestra actitud ante la muerte aparecerá condicionada por una serie de circunstancias personales: temperamento, tipo de educación que hayamos recibido, cómo nos haya ido en la vida, etcétera. Pero, sobre todo, dependerá de nuestros deseos más íntimos. Algunos se contentarán con la idea de una posible inmortalidad; para otros, sin embargo, este pensamiento solo provocará malestar y una evaluación del sufrimiento. *Comasi* menciona las siguientes cualidades: a) Ser adecuado para medir aspectos subjetivos, que se apliquen tanto en la valoración de la amenaza como la de los recursos para hacerle frente, b) Comprensible para la mayoría de los adultos mayores, en estado de salud crítico o terminal, ya que muchos de ellos se encuentran débiles, agotados y en ciertos casos con deterioro o deterioro cognitivo, c) No sea intrusivo, no cuestiones ni sugiera nuevos problemas o amenazas a los pacientes en los que no han pensado. Idealmente, las preguntas que nos

permiten obtener información sobre los miedos o preocupaciones del paciente, tienen un componente terapéutico en ellas o permiten una relación empática entre el médico y el paciente, d) Ser simple, fácil y rápido de usar en la práctica clínica, e) Se puede volver a aplicar sin pérdida de fiabilidad para proporcionar datos longitudinales comparativos y permitirnos saber evolutivamente en qué medida nuestras intervenciones son efectivas para mejorar el bienestar de los pacientes y reducir su sufrimiento (Bayés, 1998).

Morir con sufrimiento parece ser también algo que la mayoría deseamos evitar. Pero la búsqueda del significado de sufrimiento nos llevara a múltiples respuestas. Hasta dónde llegar en la pelea con una enfermedad o en qué momento detenerse y dejarse ir variará de individuo a individuo, siendo además un proceso en el que los médicos influyen significativamente (Gonzalo E, 2017).

La muerte en sí es tan natural como el nacimiento y deberíamos enfocarnos más a su investigación científica, de hecho, el mismo Thomas Alva Edison buscaba un aparato para tener comunicación con la muerte o con los muertos al momento de su fallecimiento. Es tan natural que, retomando las diversas opiniones, quiero citar a Lobsang Rampa que afirma: “No hay por qué tenerle miedo a la muerte. Ya que es un proceso indispensable para renacer en otro plano de la existencia” (Mex, 2003).

La muerte de manera general se considera un tema negativo y por lo general se excluye de las conversaciones cotidianas, sin embargo, cuando la persona tiene una edad avanzada o una enfermedad grave, se piensa con frecuencia en ella, en la muerte, y en las condiciones en que sucederá (Sarmiento-Medina et al., 2012).

La humanización de la medicina implica una práctica integral, que considera el paciente y los aspectos biopsicosociales y espirituales abarcados por el binomio salud-enfermedad. En lo que respecta a la finitud de la vida, la medicina humanizada denota, además del respeto a la persona, mayor interacción entre el equipo y el paciente, con mejores resultados en la elección de conductas y tratamientos, para promover el bienestar (Cano et al., 2020).

El significado y sentido de la muerte se construyen colectivamente, esta visión abarca más que el simple dato biológico del fin de la vida (Maglio et al., 2016).

- **La muerte dentro del universo simbólico hospitalario**

La muerte es una realidad que no se puede evitar, no un derecho o una elección, por lo tanto, el derecho a morir debe entenderse y considerarse como el derecho a morir en condiciones específicas de cuidado, que deben ser específicamente relacionadas con el cuidado y trato a las personas al final de su vida, tomando muy en cuenta que puede ser inadecuado, desproporcionados, excesivos o incluso dirigido a la muerte, a petición de cada paciente. (Ñuscué & Coral, 2022).

Si se entiende de esta manera, la admisión del facultativo y otros profesionales de la sanidad, en cuanto a la humanización de la medicina en torno a una muerte digna, favorecerá y respetará las decisiones y valores de cada individuo y su parentela, previo manifiesto y reunión adecuada con toso ellos. Así mismo, las instituciones de sanidad tienen el compromiso de adecuar o construir espacios apropiados para el buen morir en el caso de no haberlos, donde con la intervención médica necesaria en relación a su condición, los pacientes estén en un atmósfera tranquila, cálida, sin conmiseración y en gustosa compañía de sus descendientes y los más cercanos, si ha sí lo desearan en los últimos momentos de sus vidas. El apropiarse de un espacio conveniente para una muerte digna es más que una gran embocadura en torno a la humanización de la atención en salud, en que se respeta la decisión de cada paciente desde la inherente autonomía que le faculta (Ñuscué & Coral, 2022).

Consideramos al cuidado como un sistema de prácticas construido en las diferentes culturas, destinadas a sostener y promocionar la vida y la calidad de vida de las personas. Se desarrolla en la vida de relación y permite devenir filiado a una familia, a un linaje y una cultura. Se hace eje en tres aspectos fundamentales: la ternura, la legalidad y el placer el cuidado al final de la vida aparece asociado al acompañamiento, ligado a la familia y el amor. Se pondera el respeto por la propia voluntad, la autonomía, la historia personal, realizando actividades placenteras junto a la expectativa de no finalizar la vida en instituciones de salud (Victor, 2012).

Los retos en los siguientes años son educar y promover el concepto de vida y muerte digna, de tal forma que nadie debe tener dolor si existen las condiciones y medicamentos para evitarlo; nadie debe tener sufrimiento si hay lugares para manejarlo. No continuar con un tratamiento avanzado que no ha dado resultado no es un acto de cobardía ni negligencia, por el contrario, es una actitud inteligente y acertada ante una inminente realidad (Sandoval-Gutiérrez, 2019).

La adecuación del esfuerzo terapéutico, además de ser sinónimo de buena práctica en los finales de la vida, es la materialización de un uso racional y equitativo de los recursos y está considerada como un estándar de calidad en los servicios de terapia intensiva. Uno de sus

aspectos esenciales es su debida documentación y registro, ya que el desconocimiento por los pacientes de la posibilidad de optar por ejemplo por las órdenes de no reanimación puede generar medidas indeseables como el ingreso inapropiado a las unidades de terapia intensiva e implementación del soporte vital, con altos costos en términos de sufrimiento y de recursos (Maglio et al., 2016).

El avance científico y tecnológico aplicado a la medicina y la ampliación del derecho a la salud en las normas fundamentales han generado diferentes maneras de morir. Pese a las extensas reflexiones éticas y jurídicas acerca de la legitimidad de las prácticas asociadas al buen morir, todavía persisten ciertas controversias. El derecho que se pone en juego a través de las decisiones que involucran la Muerte Digna es el de disponer del propio cuerpo; es un derecho a permitir morir en paz (Maglio et al., 2016).

La eutanasia un tema de gran conmoción social, no ha sido regulada en el ordenamiento jurídico Ecuatoriano, sin embargo, es necesario se garantice y regule el derecho a las personas enfermas en estado terminal, con pronósticos de enfermedades sin cura, a elegir morir con dignidad, reconocer el derecho de libre decisión de vida cuando no se encuentra en condiciones adecuadas para vivir dignamente, por lo tanto el siguiente trabajo de investigación abarca aspectos religiosos, jurisprudenciales, morales, éticos, análisis de artículos establecidos en nuestra Carta Magna, pues nuestra legislación reconoce el vivir dignamente dejando al lado el morir dignamente, no obstante ha sido reconocida la eutanasia en diferentes países (Constitucional et al., 2020).

PARTE II: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION

A) Puntos de partida

- Aspectos demográficos y epidemiológicos de la mortalidad en Ecuador

Los avances tecnológicos que han marcado una revolición en el diagnóstico y terapéutica de los últimos 50 años que van de la mano con la mejoría ascendente de las condiciones sociales y económicas de la sociedad, han permitido aumentar la esperanza de vida de la población que va más allá de los 60 años a casi 80, incluido en países en vías de desarrollo. Esto ha llevado a un aumento significativo en el número de pacientes con enfermedades crónicas incurables, incluidos pacientes con cáncer metastásico, accidentes vasculares, demencia, insuficiencia hepática, cardíaca, respiratoria, renal y pacientes con SIDA (Vallejo Martínez et al., 2017).

Considerando que cada año mueren 56 millones de seres humanos, el 85% de ellas en países en vías de desarrollo como Ecuador, se estima que cada muerte se relaciona afectivamente por lo menos con otras 5 personas referente a relaciones informales y apoyo al duelo, familiares y amigos, considerando estas cifras como una estimación bastante modesta, especialmente en los países en desarrollo donde la tasa de natalidad sigue siendo alta. El resultado de la sumatoria de individuos que se encuentra afectados cada año en el mundo por problemas relacionados con la calidad de la atención en salud a los pacientes moribundos es alrededor de 300 millones, es decir, el 5 % de la población mundial. Esto genera que la calidad de la atención al final de la vida se convierta en uno de los problemas más importantes de salud pública a nivel mundial que se enfrentan hoy en día (Vallejo Martínez et al., 2017).

La clasificación internacional de enfermedades estimó en 2018 que en Ecuador fallecieron 17.467 personas con enfermedades como cáncer; insuficiencias cardíaca, hepática, renal, pulmonar; esclerosis lateral amiotrófica; párkinson; Alzheimer; Huntington; SIDA y requerían de cuidados paliativos. Es decir que, aproximadamente, el 24,6 por ciento de pacientes que fallecen en un año necesitan esos servicios (Vásquez Calle, 2020).

La transición de los cuidados curativos a paliativos es a menudo gradual, y debe fundamentarse en los requerimientos individuales de cada ser, más allá de un plazo concreto de sobrevida esperada. En este contexto la Ley Orgánica de Salud de la República del Ecuador expresa en el artículo número 10 lo siguientes "Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva", así también el Acuerdo Ministerial 101 del Ministerio de Salud Pública expuesto en el Registro Oficial No. 415 de 29 de marzo de 2011, se dispuso estructurar, en el marco del Modelo de Atención Integral del Ministerio de Salud Pública (MAIS), la conformación y funcionamiento de servicios de cuidados paliativos integrales con enfoque intercultural, que aporte y garanticen los derechos de los pacientes que se encuentran en etapa terminal, para aliviar el dolor y el sufrimiento y que aborden los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales, incluyendo a sus integrantes de la familia cuando sea necesario; y el 17 de noviembre de 2014, la Directora Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud, solicitó la elaboración del Acuerdo Ministerial aprobó en el artículo número , la publicación del documento denominado "Plan Nacional de Cuidados Paliativos 2015 - 2017", el cual es de estricta aplicación y de observancia obligatoria en todos los establecimientos que componen el Sistema Nacional de Salud, según el artículo número 2, el Ministerio de Salud Pública con la contribución de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y

la Red Privada Complementaria (RPC), el Ministerio de Salud Pública, elaboró la Política Nacional de Cuidados Paliativos (Vallejo Martínez et al., 2017).

Entre enero del 2015 y febrero de 2019, según el INEC se produjeron 4627 suicidios a nivel nacional, desde 2015 a 2017 crece el número de suicidios (de 1046 a 1163), mientras que en el 2017 desciende ligeramente. Se puede señalar con base en esto que los suicidios se mantienen y tienden a un ligero incremento cada año lugar, se encuentran los problemas sentimentales con 1703, en segundo los problemas familiares con 1607, en tercero los problemas económicos con 508 y en cuarto lugar las enfermedades terminales con 348 casos. Esta última representa el 7.52% del total. El padecer una enfermedad terminal es la cuarta causa de suicidios en el Ecuador, siendo una estadística que (al igual que las otras motivaciones), refleja una problemática actual, sobre la que el Estado tiene la obligación de intervenir, instaurando un mecanismo para reducir drásticamente estos suicidios por enfermedad terminal y en general (con otras medidas) (Vásquez Calle, 2020).

Los mayores de 60 años son el grupo etario que tiene el mayor porcentaje de suicidios producto de una enfermedad terminal. Lo que permite señalar que el Estado no está actuando integralmente cuando se detecta una enfermedad terminal a una persona, en especial a una mayor de 60 años, ya que en casos como los que se presentan, la inacción estatal lleva a que las personas tomen la decisión de finalizar su vida por este medio que es atentatorio de su dignidad, ni tampoco está cumpliendo su deber como grupo de atención prioritaria. la relación entre hombres y mujeres en cuanto a los suicidios producto de una enfermedad terminal. El 80.17 % corresponde a suicidios de hombres y el 19.83% a mujeres, lo que demuestra que es mucho mayor el número de hombres que se suicidan por esta causa (Vásquez Calle, 2020).

Un número considerable de personas se han suicidado en el país los últimos años presuntamente producto de enfermedades terminales (7.52% del total), siendo de entre estos los hombres (80.17%) mestizos (90.23%) mayores de 60 años (60.06%) los más afectados, constituyéndose esta en la cuarta causa de muerte por suicidio a nivel nacional. Como se observa el sufrimiento es real, hombres y mujeres entienden lo que es y lo que no es una vida digna. Al no gozar de dignidad en su existencia y no tener un mecanismo de salida adecuado que les permita morir con dignidad y serenidad, han acudido al suicidio como mecanismo para frenar su sufrimiento, su agonía y el alargamiento innecesario de su vida. Siendo responsabilidad directa del Estado este fenómeno (Vásquez Calle, 2020).

- **Algunas características de la sociedad actual**

Los medios de comunicación en la actualidad, así como la literatura y el cine, han idealizado en muchos casos la muerte, lo cual, unido a la falta de experiencia e integración del tema, ha llegado a hacerla atractiva ante una vida de dificultades y crisis en la que vivimos. Lo que hace que en la actualidad se viva un repunte de las tasas del suicidio, sobre todo entre jóvenes (Educación, 2008).

El suicidio siempre ha estado socialmente mal visto en nuestra cultura, quizá por nuestro propio instinto de supervivencia, contra el que atenta deliberadamente, o quizá por la herencia del cristianismo que condenaba el suicidio entre sus fieles, como la máxima aberración contra el mayor regalo de Dios que es la vida. Pero los estudios demuestran que existe una enorme variabilidad en el deseo de morir. Según los estudios realizados con suicidas frustrados, el arrepentimiento aparece justo en el momento en el que la muerte ya es inminente. En otros casos este deseo de la muerte se refleja en enfermos y moribundos, cuyo hastío de la vida deviene de un proceso de dolor y sufrimiento. En estos casos no hablamos de suicidio sino de eutanasia o suicidio asistido (Educación, 2008).

Si bien en los últimos años ha disminuido la frecuencia de muertes con dolor, en la actualidad los pacientes mueren con otros síntomas a los que se les han llamado “síntomas penosos”, como debilidad generalizada, anorexia, pérdida de peso, vómito, náusea, disnea, constipación o diarrea y boca seca, entre otros. Asimismo, existen síntomas de larga duración que requieren de intervenciones de enfermería muy complejas y tenaces (Mota, 2008).

Cabe aclarar que, en la actualidad, y hasta donde se conoce, el médico aún no sabe, no puede o no quiere reconocer formalmente el estado terminal, y por lo tanto el diagnóstico y el pronóstico adecuados aún son muy difíciles de establecer. Además, si no se cuenta con el diagnóstico específico, se juega con las expectativas provocándose un estado de mayor incertidumbre que favorece las falsas esperanzas y el uso indiscriminado de tratamientos alternativos que no ofrecen nada congruente a los pacientes y que suelen traslucir otro tipo de intereses (expiatorios, económicos, etcétera) en los familiares y el equipo de salud (Mota, 2008).

B) El proceso de la muerte

- **Hallazgos generales**

El significado y sentido de la muerte se construyen colectivamente, esta visión abarca más que el simple dato biológico del fin de la vida. Los tiempos que corren se caracterizan por el

ocultamiento de la muerte. Predomina un determinado hábito médico y jurídico que la concibe desde limitadas perspectivas, en las que prevalecen tanto la negación, el rechazo y la omnipotencia frente a la muerte, como la ausencia de consideración de los deseos y preferencias de los pacientes y sus familias (Maglio et al., 2016).

Ciertos rasgos del concepto de muerte le otorgan universalidad y, entre ellos, existen algunos que han trascendido en el tiempo y el espacio. Entre los rasgos universales del concepto de muerte están la suspensión definitiva de la respiración y de la función del corazón y la destrucción paulatina del cuerpo hasta la desaparición física definitiva. Pero a estos criterios tradicionales se han sumado nuevos elementos relacionados con las funciones del cerebro, cerebelo, tallo y bulbo cerebral (Suarez Yanes et al., 2014).

En el proceso formativo de la universidad se habla de las generalidades de la muerte, de ciertas técnicas entre ellas la eutanasia que consiste en una muerte digna sin sufrimiento de un paciente con una enfermedad terminal, pero no se da un entrenamiento sobre el manejo del cuerpo muerto, del cuerpo vivo a punto de morir, la forma como dar una mala noticia tanto al paciente como a la familia, el trato hacia los mismos. Este proceso formativo se va construyendo a partir de la práctica del quehacer médico, las experiencias vivenciales relacionadas con la muerte a nivel familiar y laboral (VARGAS, 2018).

Las facultades de medicina y sus programas según lo analizado hasta aquí en las entrevistas pueden correr el peligro de entrar en procesos técnicos al ofrecer prácticas instrumentalizadas, que motivan al estudiante a ser más competitivo en el campo de la salud, olvidándose de formar seres humanos desde una praxis que los impulse a servir a los demás desde su ser, saber y quehacer médico como bien lo presenta, sin referirse al plano médico. Los docentes médicos lo afirman con certeza por su práctica médica durante años de experiencia, que en las universidades hay una ausencia en la formación en los aspectos mencionados (VARGAS, 2018).

El derecho a morir con dignidad es un concepto vago y que recibe múltiples interpretaciones, muchas de ellas inapropiadas. Se propone la necesidad de que sea el médico quien se haga responsable de proteger los derechos del paciente, de garantizar el uso racional de los recursos y de velar porque las decisiones sean apropiadas y proporcionadas a la situación del paciente (Ruiz, 2008).

Por ello, el médico debe estar mejor preparado para responder al reto que se le plantea. Es aceptable que cada médico tenga su propia manera de pensar, su filosofía y sus creencias, sus

debilidades y sus propias experiencias, al igual que los pacientes. Sin embargo, a la hora de comunicar la noticia de una muerte inminente habrá de poner a prueba su inteligencia, objetividad y vocación de servicio (García-Rillo et al., 2012).

- **Sobre los aspectos sociológicos y psicológicos de la muerte**

En la historia de la humanidad el concepto de la muerte ha sido abordado por innumerables disciplinas, prácticas y saberes; y atravesado por cosmovisiones y representaciones que han dado forma a diversas construcciones sociales alrededor del mismo. Las representaciones sociales son aquellas formas de percibir, categorizar y valorar algunos procesos naturales por la comunidad, en tal sentido la definición de muerte debería reflejar aquello que la sociedad en su conjunto ha considerado como finalización de la vida (Suarez Yanes et al., 2014).

En las antiguas civilizaciones mesopotámicas el pueblo vivía en un mundo en el que lo sobrenatural era omnipresente y todopoderoso, y cada acontecimiento alarmante en el campo de la naturaleza representaba un presagio especial enviado para servir de advertencia o de estímulo. Como se trataba de una civilización de carácter enteramente religioso, las prácticas curativas tenían también ese carácter. Es en Egipto donde se encuentran, por primera vez, referencias al tratamiento psicosomático de las enfermedades. El hombre era tratado como un todo. Quizás, precisamente por eso, al comprender que, con la muerte y la putrefacción del cuerpo, se rompía la unidad de éste y el alma, pretendieron enfrentar esta disolución con el embalsamamiento. De esta forma lograban mantener la vinculación entre los muertos y los vivos (Suarez Yanes et al., 2014).

Las propias costumbres funerarias indican las notables diferencias entre ambas. En una evolución de esas culturas (longshan) se encuentran cadáveres de gente sacrificada y enterrada con el difunto. Estos sacrificios humanos no se limitaban a los entierros, sino que eran una práctica común. El mundo de esta cultura estaba poblado de deidades -que controlaban la existencia de los humanos- cuya ira debía ser aplacada con ofrendas de cereales, sacrificios de animales y de seres humanos y libaciones de bebidas embriagantes. De ahí parte la costumbre de colocar alimentos en las tumbas de los chinos muertos, práctica que aún se conserva entre muchas de estas comunidades (Suarez Yanes et al., 2014).

En contraste con las religiones politeístas de la antigüedad que se centraban en las personas puras y perfectas, el cristianismo centraba su atención en los enfermos, los débiles, los paralíticos, tal y como lo había hecho Jesús de Nazareth. Mientras que en las antiguas civilizaciones mesopotámicas la enfermedad era considerada como castigo del pecado, y en la

civilización grecorromana como causa de inferioridad, en el cristianismo la enfermedad era símbolo de una vía para la purificación y gracia divina. La muerte podía constituir en algunos casos la liberación del sufrimiento y el comienzo del goce eterno (Suarez Yanes et al., 2014).

En la civilización maya, cuando un hombre caía enfermo llamaba al sacerdote, al curandero o a un hechicero y, muchas veces, estas condiciones estaban reunidas en un solo hombre. El curandero curaba o mataba a sus pacientes, y su reputación como médico dependía del predominio de uno u otro resultado. Los aztecas, por su parte, hacían un uso extenso de las hierbas y raíces medicinales. Prestaban especial atención a los ritos funerarios como forma de asegurar la supervivencia de sus muertos y que éstos ejercieran su acción protectora sobre los vivos. Formaban parte de estos ritos la conservación de objetos del muerto que adquirían la función de amuletos de protección o buena suerte (Suarez Yanes et al., 2014).

Por otro lado, la forma religiosa africana más arcaica es el totemismo, que prevalece, de forma pura o mistificada en todos los pueblos de África. Los difuntos continúan viviendo en la mente de todos los pueblos africanos, tanto como ánimas o espíritus capaces de trasladarse incorpóreamente, o como seres sobrenaturales que conservan externamente su apariencia terrenal o asumen temporalmente el aspecto de animales. De esta forma, los muertos continúan como miembros del clan, no abandonan la comunidad. Los vivos, por su parte, necesitan de la ayuda de sus antecesores, quienes gozan de poderes sobrenaturales. Para el creyente, la adoración de los antepasados significa mantener los nexos entre estos dos grupos del clan: los vivos y los muertos; romper estos lazos es amenazar con la destrucción a los vivos y a la comunidad en general (Suarez Yanes et al., 2014).

En el contexto de nuestra civilización materialmente privilegiada, la gente se sigue muriendo. Y, curiosamente, en la época de la ingeniería genética y la tomografía axial computarizada, nuestros profesionales sanitarios no se encuentran cómodos si tienen que hablar con sus pacientes de algo tan cotidiano como la muerte. Así, por ejemplo, aproximadamente el 40 por ciento de los profesionales sanitarios españoles -médicos, psicólogos, enfermeras, funcionarios de prisiones, etc.- que atienden a enfermos de STDA se muestran inseguros al abordar el tema de la muerte con sus pacientes o internos, mientras que presentan niveles de autoconfianza conativamente mayores en temas tales como el uso de drogas, la sexualidad, la marginación o la comunicación de un diagnóstico de seropositividad al VIH (Bayés, 1998).

En cada persona más consciente o no y en cada cultura hay una idea de cómo transitar el período final de la vida. Más aún cuando las personas se encuentran en esa situación, tienen necesidades y deseos que muchas veces son desconocidos por los profesionales que los

atienden ya que éstos últimos pueden tener otras necesidades y deseos para sí mismos y actuar en función de ello. Por este motivo nos interesa conocer cuáles son las representaciones sociales de los cuidados en la etapa terminal de la vida de los profesionales que los asisten (Victor, 2012).

- **Sobre los que iban a morir y sobrevivieron**

No todos parecen resignados a una finitud absoluta. En el fondo del hombre hay como una misteriosa fuerza que le hace esperar contra toda esperanza. “No son los argumentos racionales, sino las emociones lo que hace creer en la vida futura”, dice Bertrand Russell. La esperanza religiosa se concibe como una ficción, como un bello sueño con que el hombre trata de olvidar su triste fin (Saldívar, 2017).

Cada día la muerte se aleja más de la vida cotidiana y “se hospitaliza”, ya que la muerte sucede con mayor frecuencia en los hospitales. El patrón cultural de morir en casa perduró durante muchos años y aún persiste en algunas zonas rurales (Ñuscué & Coral, 2022).

Hay pacientes que llegan en condiciones desfavorables, entonces el medico busca disminuir la mortalidad, pero si la mortalidad es muy alta casi el 100% y se hacen todas las intervenciones, pero hacemos todas las intervenciones tratando de aliviar, buscando la solución del paciente, pero realmente no se espera mucho, se piensa más que va a fallecer que va a salir adelante, sin embargo, pues resultó en un desenlace favorable, a la familia en esos casos le dice que el escenario muy complejo que la probabilidad de muerte es muy alta en esos tantos pacientes están ventilados con soportes altísimos con todo con hemodiálisis con todo el soporte que podemos darle. Sí se habla con la familia sinceramente y se dice textualmente: mire la probabilidad de muerte es casi el 100%, si empieza a mejorar, uno inicialmente mentiría a la familia por el escenario de muerte, pero luego por evolución favorable lo logramos sacar y sale de la unidad como si no le hubiese pasado nada, momentos gratificantes que son varios. Pero también pues están los otros escenarios, eso depende también de los pacientes por ejemplo en unidad de cuidados intensivos, hay una particularidad importante, cuando se trae un paciente a la unidad de cuidados intensivos son pacientes que se puede recuperar de la enfermedad que son potencialmente recuperables de acuerdo a la condición de morbilidad extrema , entonces hay que evaluar bien los escenarios, sí, saber qué pacientes potencialmente son recuperables y que paciente definitivamente (Dionicio, 2014a)(Fustinoni et al., 2020).

Podemos hacer mucho ante la muerte si retomamos nuestra responsabilidad ante ella, si la tomamos como objeto de reflexión, si enseñamos a los niños que forma parte de la vida, si cambiamos la idea de que la medicina debe vencerla a toda costa, si nos preguntamos qué nos toca hacer para que las personas mueran mejor. Si la muerte es lo único seguro de nuestra existencia, cada uno tiene que ver cómo se las arregla para vivir a pesar de que va a morir. Tiene que darse una respuesta para encontrar sentido a una vida en la que la muerte forma parte. A cada uno le corresponde definir, por si le toca ser paciente terminal, su voluntad sobre lo que va a querer (Mota, 2008).

Entonces deberíamos plantearnos la posibilidad de al final si esta persona sobrevive, ¿En qué condiciones sobrevive?, ¿tendrá una buena vida?, ¿Qué pasa con estas personas y las secuelas que les deja estos procesos traumáticos?, muchas veces el planteamiento acerca de la clase de sobrevivencia del paciente queda de lado. Por otro lado, se debería reevaluar los ínfimos casos en los que la sobrevivencia ante una enfermedad catastrófica pueda ser completamente llevadera y obtener una vida con dignidad para la persona afectada. En estas situaciones, los cuidados paliativos surgen con el objetivo de prevenir y aliviar el sufrimiento y se tornan esenciales para propiciar una atención específica y continua para el paciente y su familia, posibilitando una muerte digna (Pegoraro & Paganini, 2019).

El paciente terminal tiene derecho a tener una muerte digna que puede ser lograda a través del cuidado paliativo, no curativo. Estos cuidados paliativos aunque no intentan ni alargar ni acortar la vida, ofrecen al paciente terminal un servicio integral dirigido a maximizar la calidad de vida de éste, entre ellos el alivio y manejo del dolor para que puedan morir con serenidad y paz (Resto Rodríguez, 2015).

En este orden de cosas, cabe afirmar que el derecho a la vida se interprete desde la dignidad, la libertad y el libre desarrollo de la personalidad, y que aunque nuestro Ordenamiento no contempla el Derecho a morir, no cabe ignorar el principio de libertad y autonomía personal que derivan de la dignidad humana y que deben presidir el momento crucial de la existencia, como es el de su muerte, según señala Labaca Zabala, por lo que cabe plantearse los límites en que esa facultad de la libre autonomía puede ejercerse (LABACA ZABALA, 2014).

- **Sobre los profesionales sanitarios y los familiares de los moribundos**

Una muerte digna significa considerar a los pacientes terminales o moribundos como personas responsables, con sentimientos y percepciones precisas, a quienes deben proporcionárseles los medios materiales necesarios, humanos y espirituales según sus creencias, para que el tránsito

hasta la muerte se realice sin sufrimiento, con el apoyo necesario y acompañado de sus familiares. Sin acelerar ni retrasar la muerte. Morir con dignidad constituye un derecho esencial del ser humano, el cual debería entenderse como el derecho del enfermo a recibir cuidados paliativos de calidad, con medidas adecuadas y proporcionadas (Betancourt, 2017).

La intención es, que los profesionales que se han formado en el área de la medicina estén capacitados para trabajar con pacientes terminales y moribundos, brindándoles cuidados y acompañamiento asertivo en el proceso del fin de la vida. De esta manera se puede concluir, que es posible aprender sobre la muerte durante el proceso de formación a partir del entendimiento de las representaciones sociales que poseen los médicos de las facultades de medicina para que puedan afrontar la realidad de la finitud de cada ser humano, abordada desde la ética y la compasión (Chocarro González, 2010).

La declaración sobre enfermedad terminal adoptada por la Asociación Médica Mundial, en su 35a Asamblea Médica Mundial, celebrada en Venecia, Italia, establece el derecho de los pacientes a una muerte digna, tranquila.²⁷ Los autores son del criterio que el reconocimiento del derecho de las personas a morir con dignidad no designa el derecho a procurarse o hacerse procurar la muerte como se quiera y cuando se quiera. Ellos concuerdan que, en los casos de enfermedad incurable y terminal, el médico debe limitarse a aliviar las dolencias del paciente y mantener en todo lo posible la calidad de una vida que se agota, al evitar emprender acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas, que sean desproporcionadas a la situación clínica real del enfermo. Asistirá al enfermo hasta el final, con el respeto que merece la dignidad del hombre (Betancourt, 2017).

La decisión de adecuar el esfuerzo terapéutico debe ser colegiada con mucha prudencia por el equipo de salud, con evidencia razonable de que la muerte es inminente, además se requiere de un consenso médico-paciente-familiar, que le permitan tener una muerte digna y tranquila a aquellos enfermos que han de fallecer. El proceso de toma de decisiones clínicas para la adecuación del esfuerzo terapéutico, debe realizarse en el marco de la teoría general del consentimiento informado, entendida como toma de decisiones compartidas (Betancourt, 2017).

El obstinamiento por parte del personal de salud debe ser capaz de comunicar a los familiares de manera correcta y entendible, los procedimientos antes de realizarlos, por lo tanto, deberá evitar el mal uso del lenguaje, de no ser así podría dar como resultado la aflicción y el sufrimiento no solo para los pacientes y los familiares, sino también para los mismos profesionales (Cano et al., 2020).

El éxito se basa fundamentalmente en la buena relación del equipo de salud con el paciente y sus familiares, ella determina la efectividad de la atención médica. Cuando existe una óptima comunicación del equipo de salud con la familia y la misma es fruto de una discusión colegiada sobre bases objetivas, tomadas sobre el principio de qué es lo mejor para el paciente, no deben existir problemas de ninguna índole para la toma de decisiones. La calidad de la atención médica está directamente relacionada con la calidad de la relación médico-paciente (Betancourt, 2017).

Entender y hacer visibles nuestras limitaciones como médicos en predecir y pronosticar una enfermedad es una tarea aún pendiente. Si lo logramos, estaremos ayudando a nuestros pacientes a tener acceso a una muerte digna. Esto es necesario no sólo por ser lo más cercano a la verdad, sino que además lo más humano, pues reflejará mejor nuestra mortalidad y limitaciones como personas (Gonzalo E, 2017).

- **Sobre las inquietudes éticas**

Conviene iniciar los comentarios que siguen con una serie de definiciones sobre el uso de ciertos términos. Voy a entender por “ética médica laica” los principios morales y las reglas de comportamiento que controlan y regulan las acciones de los médicos cuando actúan como tales, derivados únicamente de los objetivos de la medicina, sin participación o influencia de otros elementos no relacionados con esos objetivos. Estos otros elementos son de dos tipos: los englobados dentro de la “ética general” o “normativa”, que son válidos no sólo para los médicos sino para todos los sujetos humanos, y los incluidos en la “ética trascendental” o “religiosa”, que son válidos sólo para los que comparten las creencias propias de las distintas ideologías religiosas. (católica, protestante, judía, musulmana, budista, otras) (Mota, 2008).

La mayor parte de los textos de ética médica son mezclas de principios y normas derivados de estas tres esferas de la ética: la laica, la general y la trascendental. Las dos primeras pretenden apoyarse en la razón y están abiertas al análisis y a la discusión basada en argumentos históricos o actuales, pero siempre objetivos, mientras que la tercera emana del dogma y se basa en la fe, por lo que no está sujeta a discusión. Otra terminología que está de moda es bioética, que con frecuencia se usa como sinónimo de ética médica, aunque desde luego no lo es. La bioética describe los principios morales y las normas de comportamiento de los seres humanos ante todo el mundo biológico; desde luego, esto incluye a la ética médica pero la rebasa ampliamente, pues no se limita a los médicos sino a todos los hombres, ni se restringe a los enfermos sino que abarca toda la naturaleza, La ética médica es, pues, la rama de la

bioética que tiene que ver únicamente con los aspectos específicos de la práctica de la profesión (Mota, 2008).

Conley, 1981 describe que la ética es una parte integral del manejo completo del enfermo con cáncer. Ella tiene que ver con el carácter del médico, su formación, su entrenamiento, su sensibilidad para apreciar lo que es correcto en el manejo de los problemas potencialmente fatales. En esta difícil tarea de la profesión, la ética y los principios bioéticos nos ayudan a encontrar el sentido del mejor camino de las decisiones que tomemos. En estas situaciones el médico se enfrenta a una amplia variedad de problemas (físicos, espirituales, emocionales y financieros), que afectan tanto al paciente como a la familia. Las posibles reacciones del paciente con deterioro físico y psíquico son de agresividad, rebeldía, resentimiento, temor, negación, estado depresivo o aceptación de la realidad imperante (Dionicio, 2014b).

En fin, un difícil equilibrio entre beneficencia y no maleficencia que, además, ha de estar en consonancia con el principio de «autonomía». En este estado de cosas, limitar los tratamientos y permitir así la muerte de pacientes terminales no significa necesariamente el abandono de las responsabilidades asistenciales y profesionales; se trata de seguir respondiendo a las necesidades de cuidado del enfermo, aliviar el dolor, disminuir el sufrimiento psíquico, otorgar todo el apoyo afectivo y emocional, cubrir las demandas espirituales y religiosas y, simplemente, estar ahí con el paciente, participando en su proceso de muerte y encontrando todo el sentido trascendental de esta experiencia única; de esta forma, sin duda, nos acercamos al concepto de «muerte digna» (Espa et al., 2003).

En la atención paliativa, deben prevalecer la atención basada en los principios bioéticos y la toma de decisiones debe hacerse en consenso; personal de salud-familia-cuidadores (Yourcenar, 2013).

Para entender mejor los dilemas de la ética médica ante las opciones vida-muerte, es indispensable conocer en detalle el caso para un buen análisis en función de la realidad biológica de los pacientes. Una situación crítica desde el punto de vista biológico, es un proceso repentino como un paro cardíaco en una persona sana y que puede ser reversible o irreversible; en cambio en los procesos crónicos no repentinos, como sucede en los pacientes con cáncer que no han respondido a una terapia efectiva estándar, la enfermedad destruye la vida poco a poco, y se debe decidir qué pacientes son candidatos para los servicios de cuidados intensivos de una institución de salud (Dionicio, 2014b).

Teniendo en cuenta todas estas ideas desgranadas aquí, y con unos adecuados principios éticos, podemos lograr que el enfermo llegue a su final con una «muerte digna». Y esto lo podemos alcanzar con un mayor grado de autonomía y facilitando al paciente la toma de decisiones racionales basadas en la información previa. La toma de decisión racional por parte del paciente permite evitar el encarnizamiento terapéutico. Pero, por supuesto, el paciente tiene que ser competente psicológicamente para comprender el significado de la información que le transmite el médico. En estas circunstancias, el «consentimiento informado», recogido en el Código de los Derechos de los Pacientes, tiene todo su interés y validez. Este Código plantea la necesidad de una explicación adecuada a cada paciente: hay que informar de los riesgos de los procedimientos de diagnóstico y de las acciones terapéuticas (tanto farmacológicas como quirúrgicas) y solicitar siempre al paciente su aprobación y consentimiento. La información ha de ser comprensible, no sesgada, y debe huirse siempre de todo tipo de coacción. Asimismo, el Testamento Vital y el Poder Durable ante el Juez son documentos importantes que también contribuyen a garantizar la asistencia ética integral del paciente moribundo (Espa et al., 2003).

VIII. Resultados

Iniciamos los trámites para acceder al hospital y realizar la investigación planteada mediante la aprobación de las autoridades institucionales, tanto de la Coordinación de Docencia e Investigación como de la Gerencia hospitalaria, para que con dicha aprobación el Comité de Investigación en seres humanos de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador emite su informe y poder iniciar el trabajo.

Fueron necesarios varias semanas para identificar al personal que labora en los servicios de salud implicados en el estudio y organizar los tiempos para poder abordarlos a aquellos que respondieron favorablemente en la captación de participantes; como el personal operativo realiza turnos rotativos, fue necesario identificar sus horarios para cuadrar la entrevista.

Es importante destacar que la participación fue voluntaria y con una respuesta colaborativa muy positiva a pesar de sus actividades laborales o después de un turno extenuante.

Una vez obtenidas las grabaciones de las entrevistas, desde la número 01 hasta la 08, correspondientes a 8 médicos(as) y 8 enfermeras (os) respectivamente, ordenados así: medico(a) 1, médico 2, médico 3, enfermera(o)1, enfermera 2 y así sucesivamente hasta el 08 en cada grupo.

| Tabla 1 PERFIL DE LOS SUJETOS ANALIZADOS | | | |
|---|---------|---------|---|
| | HOMBRES | MUJERES | TIEMPO PROMEDIO DE TRABAJO EN EL HOSPITAL |
| PROFESIONALES EN MEDICINA | 6 | 2 | 6 |
| PROFESIONALES EN ENFERMERÍA | 7 | 1 | 8 |
| TOTAL | 8 | 8 | |
| TOTAL HORAS DE GRABACIÓN: 14 | | | |

Elaborado por: El investigador

La información fue procesada y del análisis del discurso de cada una de las grabaciones de los participantes entrevistados de los servicios de Medicina Interna y Terapia Intensiva, se obtuvieron los siguientes resultados:

Las preguntas se desarrollaron de la siguiente manera:

1.- ¿Considera que Ud. tiene sentido de pertenencia con su grupo de trabajo?

La respuesta de todos los participantes fue que sí, ellos se sienten que forman parte de un grupo de trabajo, de un equipo que labora mancomunadamente entre médicos y enfermeras, en el servicio que laboran ellos se sienten involucrados en los resultados de trabajo y además se consideran un equipo organizado.

2.- ¿Cuál es su función ante la muerte de un paciente? (Ver Figura 1)

Todos los participantes respondieron que siguen un protocolo ante la muerte de un paciente, en cual se especifica el acompañamiento constante al paciente moribundo y hacen lo posible para que el trato que recibe un enfermo sea el más adecuado. Los médicos que participaron expresaron que el trato es especial con enfermo en casos de necesitar ventilación mecánica, sedación, etc. Las enfermeras consideraron que el trato es permanente igual para todos los pacientes independientemente del caso. Además, todos los médicos tanto de Terapia Intensiva como de Medicina Interna mencionaron que cuando se encuentran como responsables en el turno, les mantienen constantemente informados a los familiares acerca del estado de salud de los pacientes y mucho más si este fallece.

Los participantes de enfermería de los servicios de salud entrevistados mencionaron que son ellos quienes hacen todos los trámites es decir “todo el papeleo” cuando un paciente muere y que son necesarios para la entrega del cadáver en la morgue de la institución, refirieron además que, al estar en contacto permanente durante la estancia hospitalaria del paciente, tienen más compromiso en el momento final con el moribundo, mencionó una de ellas:

“me gusta hacer una despedida al paciente, cuando ya sabemos que va a morir, me gusta abordar el tema espiritual, ósea le pongo agua bendita o agua corriente, pero haciendo la señal de la cruz sobre su frente y si aún está consciente o muchas veces, aunque no haya una respuesta o esté sedado, le hablo y le pido que se arrepienta de sus pecados, de las cosas malas que haya hecho y que vaya tranquilo a donde tenga que ir”. (ENF2)

Todo el personal profesional de enfermería mencionó que se encargaba de realiza la “MORTAJA” definiendo el proceso como el acto en el cual se prepara el cuerpo retirando objetos que se hayan introducido en el mismo, como agujas, sondas, electrodos y envolviendo el cuerpo en una sábana, todo esto previo a la entrega del cuerpo en la morgue y que es parte del protocolo de “MANEJO DE CADAVERES”, sino más bien como un acto que fue aprendido en la práctica estudiantil previo a la obtención del título profesional como enfermeras o enfermeros.

La “MORTAJA” según la real academia de la lengua española dice: Del lat. mortualia 'ropas de luto', der. de mortuus 'muerto' es decir significa aquella vestidura, sábana u otra cosa en que se envuelve el cadáver para el sepulcro.

En la práctica hospitalaria de enfermería, las profesionales entrevistadas describieron a la mortaja como *“el acto que consiste en: poner taponos de algodón o gasa en los orificios naturales del cuerpo como la boca, orificios nasales, orificios auditivos, ano y vagina respectivamente, evitar que quede suspendida la mandíbula hacia abajo, por lo que se le pone una envoltura con venda de gasa alrededor de la cabeza para evitar que se quede abierta la boca, se le cruza los brazos del cadáver sobre su pecho, se junta las piernas y se pone una amarra con venda de gasa a nivel de los tobillos”. (ENF6)*

El protocolo que deben cumplir las enfermeras termina cuando el cuerpo es entregado en la morgue y guardado en el refrigerador de cadáveres.

“Es un proceso que lo hacemos muchas veces solas”, refieren todas las participantes.

3.- ¿Se considera la muerte como un evento importante dentro del hospital?

Todos los participantes respondieron que la muerte se maneja de una forma muy protocolaria, es decir, siguiendo lo que establece un documento interno de la institución que lo cumplen de manera muy ordenada, pero no es un protocolo que tenga una relevancia trascendental como otras enfermedades, coinciden tanto médicos y enfermeras en que falta empatía por parte del personal de salud para abordar el tema de la muerte con los familiares ya que se asocia muchas veces con una mala calidad de la atención en salud.

La muerte es un tema muy sensible y así lo consideraron todos los entrevistados a más de que refirieron no estar preparados para afrontar la pérdida de pacientes y muchos profesionales no saben cómo abordar el tema en la práctica diaria.

Es evidente que los médicos tratantes son quienes siempre se enfrentan a la familia del moribundo, ya que no existe conformado un equipo multidisciplinario que se interrelacione con los familiares o el representante legal del moribundo.

4.- ¿La muerte es un tema del cual se habla con la misma intensidad que otros temas de salud? (Ver Figura 2)

Respondieron los participantes que no, ya que la muerte es un tema que no se habla de forma habitual ni durante la formación en las aulas de la universidad, tampoco en el desempeño laboral en el hospital.

En la planificación de capacitaciones internas para el personal de salud, no se aborda el tema de la muerte, en ciertas ocasiones se ha incluido el tema de como comunicar malas noticias, pero no de forma específica o puntual el tema de la muerte y muerte digna mucho ni se diga.

Sería bueno que dentro de la planificación anual de capacitaciones se incluya el tema de cómo manejar la muerte de un paciente y que se considere como una etapa obligatoria de todos los seres humanos, así fue el criterio de todos los participantes.

5.- ¿Cómo es el proceso de la muerte en el hospital? (Ver Figura 3)

Los participantes respondieron en general que todo el personal es informado acerca del estado de salud del paciente crítico o de un paciente moribundo, ya que esta información va dentro de la entrega de guardia diario, haciendo un énfasis en aquellos pacientes con mayor riesgo en

su estado general de salud, *“aunque a veces existen pacientes que están bien, y como algo inesperado se complican y mueren”* (ENF 6) respondió una enfermera dentro de la entrevista.

Una vez que el paciente fallece y se conocen las causas de esta, no se considera como una muerte súbita, por lo tanto, el cuerpo es trasladado a la morgue y se inician los trámites legales internos y externos para que la familia pueda llevarse el cadáver.

Mencionaron todas las enfermeras participantes que obligatoriamente hay que cumplir el protocolo establecido por la institución, así: *“Se retiran todos los accesos del cuerpo (sondas, agujas, tubos, etc.), se mortaja el cuerpo, se etiquetan los datos del cadáver en el dedo gordo del pie, luego se introduce en la bolsa para cadáveres se etiqueta la funda nuevamente con los datos personales y por último se coloca los datos en un bolsillo que se encuentra en la parte superior derecha de la bolsa, luego se entrega en la morgue el cuerpo al personal que labora en ese servicio, caso contrario el o la enfermera deben dejar guardando el cadáver en el refrigerador para cuerpos”*. (ENF 8)

El acompañamiento final del paciente que ha muerto es responsabilidad del personal profesional de enfermería, son ellos quienes inician y termina con la atención directa del enfermo y del muerto.

6.- ¿Considera que la muerte se ha desvalorizado en la sociedad actual?

Los participantes en general, médicos y enfermeras expresaron que la muerte es un tema que se toma muy a la ligera en la institución, consideraron que en su trayectoria profesional de atención a pacientes así como el ver partir de este mundo terrenal a una diversidad de personas, ha dejado en evidencia que los pacientes que más valoraron la vida son aquellos que han experimentado enfermedades crónicas en etapa terminal, en este proceso también interfiere mucho las creencias religiosas que el paciente tenga al momento de enfrentarse ante la enfermedad y la muerte.

Mencionaron también que, en la sociedad actual, hoy en día no hay respeto por la vida, mucho menos por la muerte, que las personas no han encontrado el verdadero sentido de la muerte, la importancia y el respeto que se debe tener al cuerpo humano muerto.

Consideraron que la sociedad en general no valora la muerte, ya que, al ser un momento de dolor, de pérdida, es preferible no abordarlo y se lo evade de todas las formas posibles, porque el pensar más que en el morir, asusta la forma de morir, las condiciones en las que las personas se presentan para la muerte, la soledad, la agonía, el sufrimiento.

7.- ¿Que representa la muerte de un paciente para usted? (Ver Figura 4)

Todos los participantes refirieron que la muerte es algo que también afecta a quien está tratando o atendiendo profesionalmente al paciente, ya que está haciendo todo lo posible para que mejore su estado de salud y no se espera ni se quiere que el paciente fallezca; al menos que en algunos casos se conozca desde un inicio que el diagnóstico, el estado actual de salud o la complejidad de la enfermedad no permite tener un buen pronóstico es decir que la muerte es inminente.

“Para mi representa un momento delicado, porque pienso en todo lo que queda atrás de esa persona que muere, lo que ese paciente deja, independientemente si es joven o anciano”. (ENF7)

“Es un momento de tristeza, porque a pesar de no conocer a la persona uno piensa en la pérdida para los familiares”. (ENF3)

“Es un momento de mucho respeto y dolor, porque pienso siempre que es un familiar mío y le trato al paciente como algo muy cercano” (ENF5)

“considero ese momento como un acto transcendental de la persona que tiene que partir a un mundo que aún no es conocido, es verdad que termina el sufrimiento, pero me queda la duda de a donde va, siento mucho respeto porque sé que algún momento yo también estaré en las mismas condiciones” (ENF4)

Los médicos en cambio concluyeron que *“es un momento doloroso por más preparado que se encuentre el profesional, pero cuando se conoce el pronóstico desfavorable para el paciente desde un inicio, uno se prepara para el desenlace de este, pero cuando es de un momento al otro a pesar de haber hecho todos los esfuerzos, es frustrante.”* (MED2)

“Suelo despedirme del paciente y le acompaño desde el momento en que sus signos vitales empiezas a desestabilizarse a pesar de las drogas administradas, como católico que soy, realizo un proceso de despedida enfocado en lo espiritual, lo que tal vez no hacen mis compañeros” (MED5)

“Es un momento difícil de asimilar en el que muchas veces uno se vincula con el paciente, dando todo para que salga de su enfermedad y entregando todo el esfuerzo y conocimiento para salvar la vida de ese paciente”. (MED7)

8.- ¿Cómo fue su primer encuentro con la muerte? (Ver Figura 5)

En todos los casos, los entrevistados mencionaron que su primer encuentro con la muerte fue cuando estaban en su periodo de formación de pregrado, llegaron a experimentar un gran sentimiento de tristeza, impotencia, frustración e incluso de replantearse si la carrera que habían escogido era la correcta.

“Me sentí impotente cuando vi a un paciente que estando estable luego de pocos minutos se descompensó y vi como la coloración de su piel cambiaba y su piel se iba enfriando, eso me impacto mucho porque nunca había visto morir a alguien” (MED7)

“Fue tan duro ese momento que hasta ahora cuando me acuerdo inevitablemente se me llenan los ojos de lágrimas, era estudiante de enfermería y la paciente se encontraba mucho tiempo hospitalizada en el servicio, al punto que llegamos a familiarizarnos con ella, hasta que un día en el turno falleció” (ENF4)

“Pude ver como su madre despedía a su hijo en sus brazos cuando este estaba muriendo, hasta hoy tengo tan claras esas imágenes, las palabras que le decía y yo apenas era estudiante” (ENF 6).

Recuerdo que estaba en la sala de emergencia cuando llegó una señora desmayada, estaba en primer año de medicina y no tenía la mínima idea de que hacer frente a un paciente inconsciente, veía que se iba muriendo frente a mí, mientras los médicos y enfermeras corrían buscando medicación, me deprimí porque pensé que sería incapaz de salvar una vida”. (médico)

9.- ¿En qué ha pensado más, en como desearía morir o como no desearía morir?

Los entrevistados dijeron que más piensan en como desearían morir, coincidieron que les gustaría morir en su casa, tranquilos y acompañados de sus familiares; sin sufrimiento, porque vemos todo el tiempo como muere la gente y la mayoría está sola al final.

“No me gustaría morir en el hospital con gente que no conozco” (ENF 4)

A excepción de una médica, que, por su condición de salud, refirió que le gustaría morir en un hospital o casa de salud, porque no le agradaría que sus familiares en el momento de su muerte no sepan que hacer, cómo manejar su etapa final de la vida o como controlar el dolor, la vía aérea, la medicación.

¿Cómo considera una muerte ideal? (Ver Figura 6)

El común denominador en las respuestas de los participantes referente a una muerte ideal en esta pregunta le da peso a la pregunta anterior, porque así mismo enfatizaron que prefieren morir en su casa, acompañados de sus familiares y sin sentir dolor ni sufrimiento.

“Más bien quisiera una muerte instantánea, rápida o dormir y no despertar” (enfermera)

“Si ya está definido que voy a morir, me gustaría que me calmen el dolor y no sentir asfixia o incapacidad para respirar” (médico)

10.- ¿Cuál considera el lugar ideal para morir? (Ver Figura 7)

Los entrevistados consideraron que el mejor lugar para morir sería en su casa por la tranquilidad y la compañía de sus seres queridos, familiares, además se sentirían en un lugar seguro y conocido dijeron.

Solo una médica mencionó *“Tengo muchas comorbilidades que sé que por ellas voy a morir en un hospital, porque no me gustaría ser una carga para mi familia, además no sabrán como tratar mi enfermedad y el cuidado, así que si me gustaría morir bajo la asistencia de los profesionales de salud en un hospital”*. (MED1)

A pesar de querer morir en su casa, todos los participantes coincidieron que les gustaría tener la asistencia de un profesional de salud que los acompañe y prepare a sus familiares.

11.- ¿Considera utilizar métodos, técnicas o fármacos para evitar el sufrimiento de un moribundo? (Figura 7)

En todos los casos estuvieron de acuerdo en el uso de métodos o fármacos que ayuden a aliviar el dolor del paciente, de tal forma que de algún modo al encontrarse moribundo se pueda sentir más cómodo, más tranquilo, sin dolor, sin agonía extrema.

“No me gustaría que me apliquen la eutanasia, solo que me calmen el dolor y pueda respirar”. (MED3)

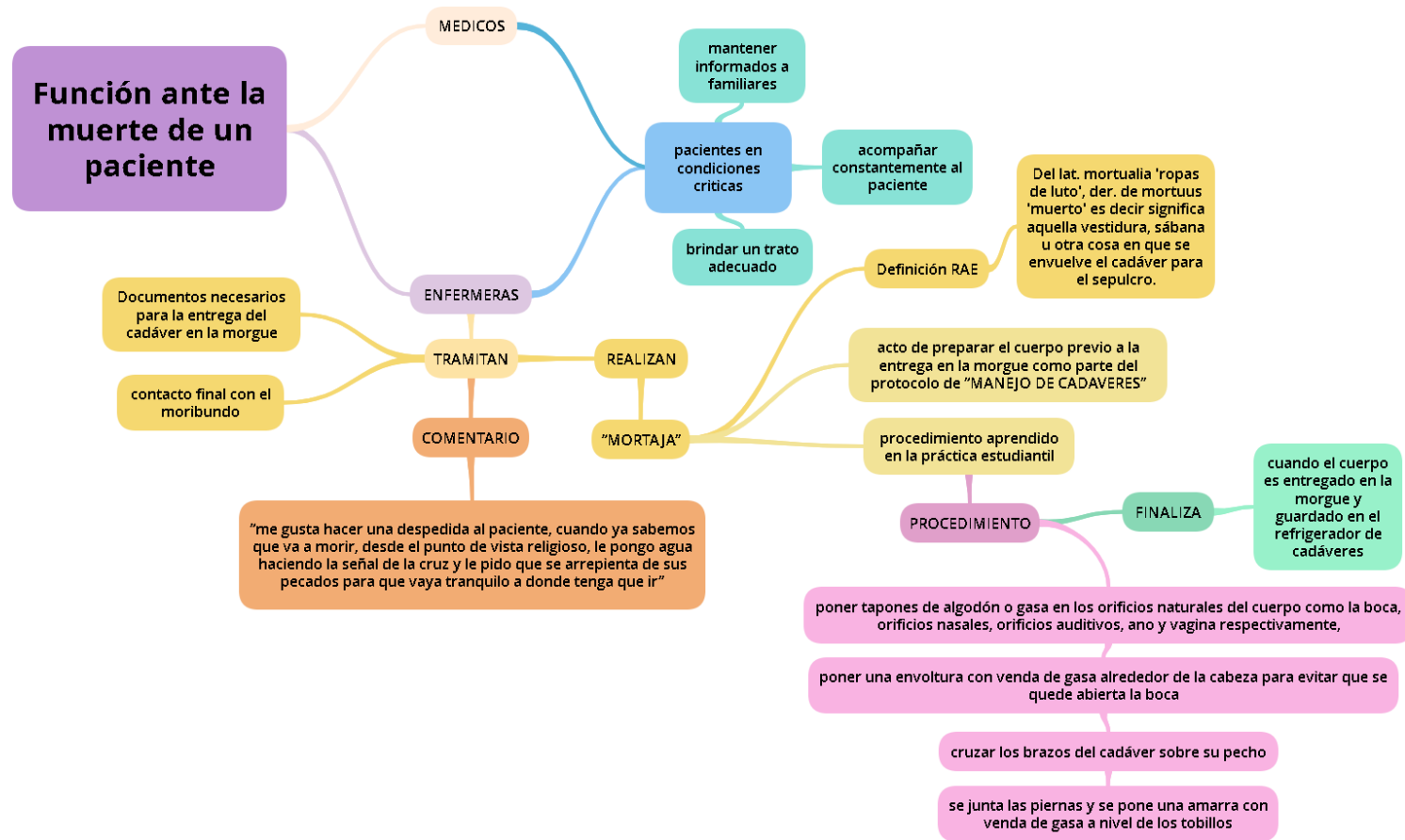
“Estoy de acuerdo que me administren medicamentos para no sentir dolor, no que me quiten mis funciones vitales” (ENF7)

12.- ¿Por qué cree usted que los familiares no llevarían a un paciente a morir en casa?

Los participantes médicos consideraron que los familiares no llevarían a un paciente a morir en casa porque sienten miedo de no saber qué hacer si su familiar agoniza, o como darle los cuidados básicos sobre todo si esta puesto sondas, catéteres o como administrar la medicación si es especial o la alimentación si tiene dificultad para la deglución.

Los participantes de enfermería consideraron que la razón por la cual los familiares no llevarían a un paciente a morir en casa sería por el dolor o el impacto del momento de ver morir a su familiar o la impotencia de no saber qué hacer si incrementa el dolor o la incapacidad para respirar o empieza a agonizar el moribundo.

Figura No. 1 ¿Cuál es su función ante la muerte de un paciente?



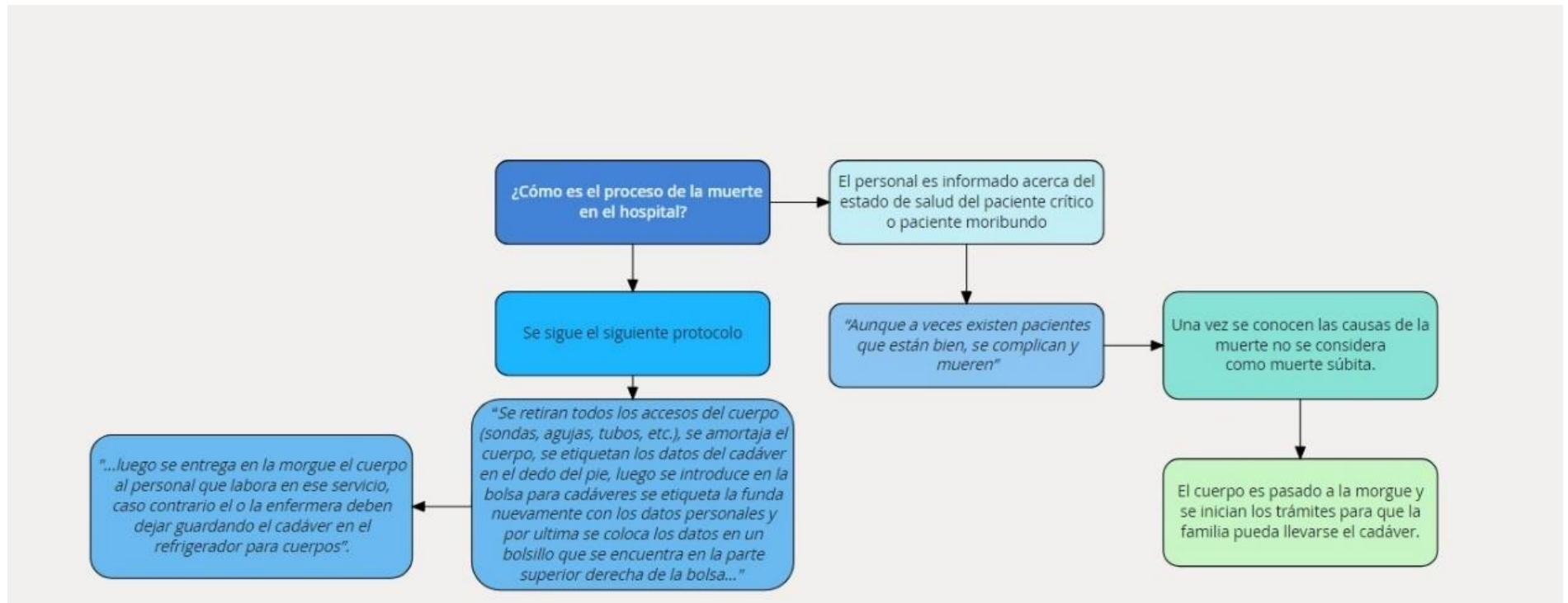
Fuente: Entrevistas

Figura No. 2 ¿La muerte es un tema del cual se habla con la misma intensidad que otros temas de salud?



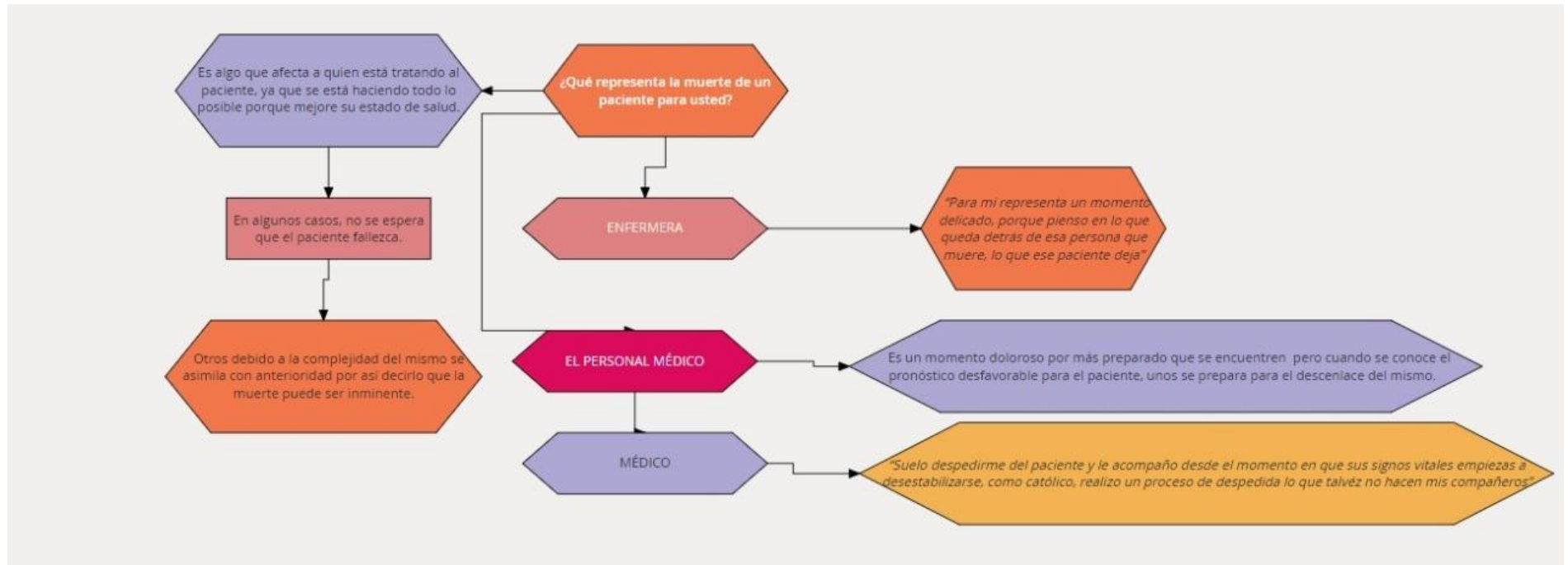
Fuente: Entrevistas

Figura No. 3 ¿Cómo es el proceso de la muerte en el hospital?



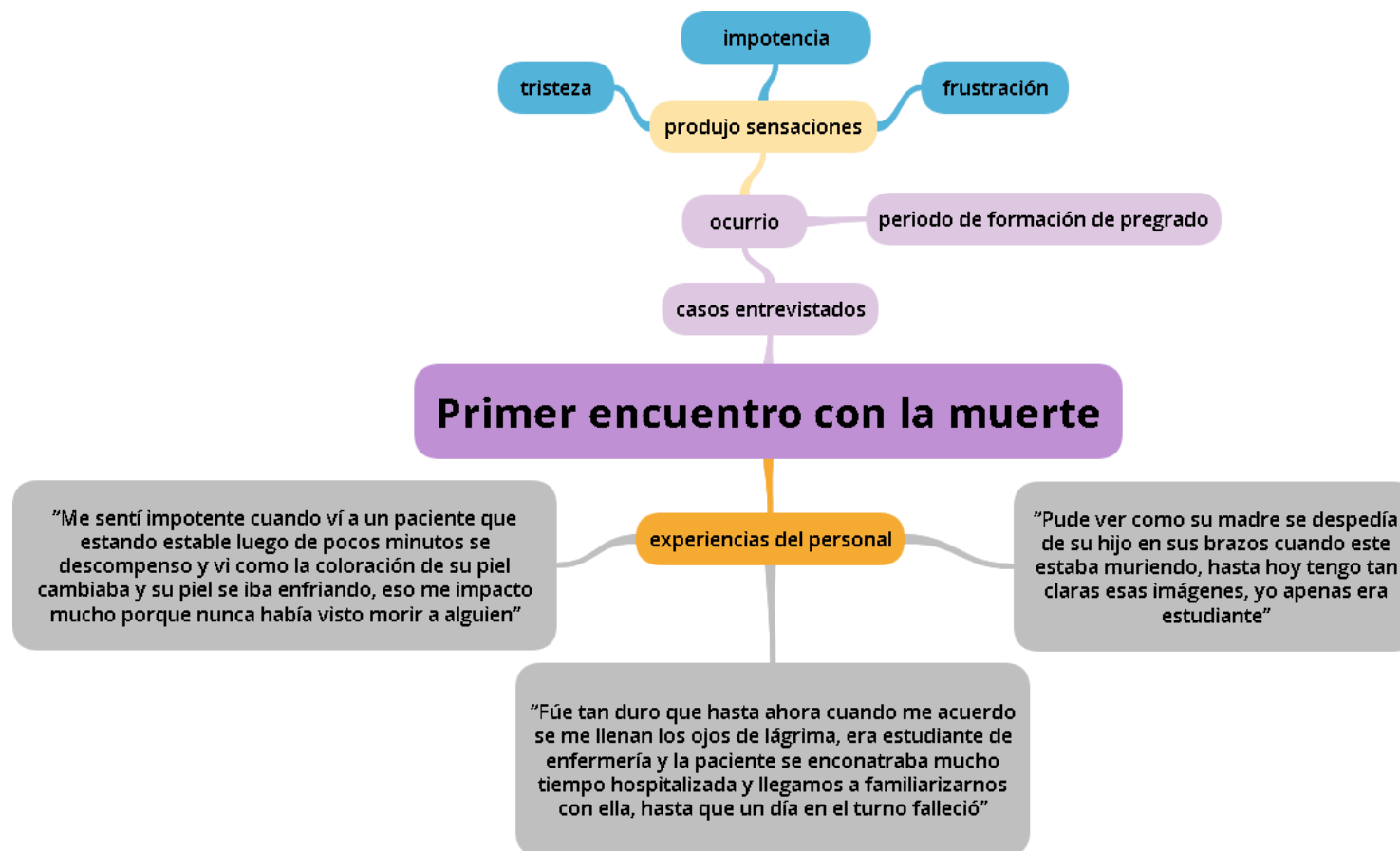
Fuente: Entrevistas

Figura No. 4 ¿Qué representa la muerte de un paciente para usted?



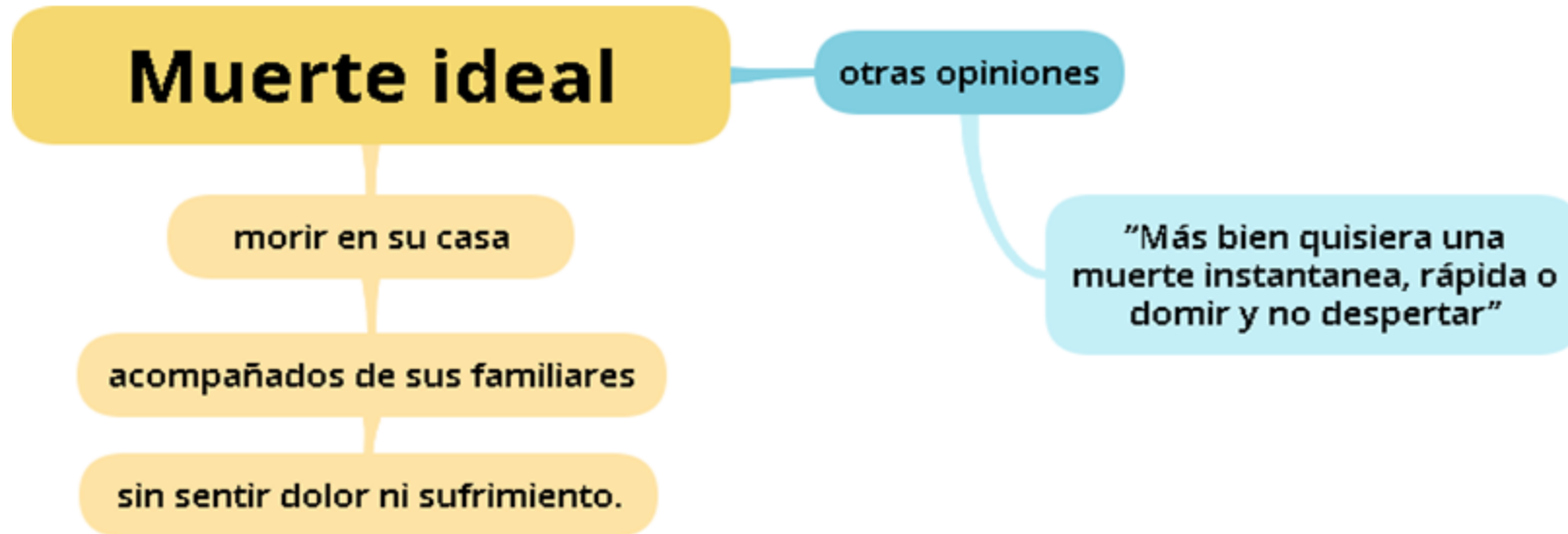
Fuente: Entrevistas

Figura No. 5 ¿Cómo fue su primer encuentro con la muerte?



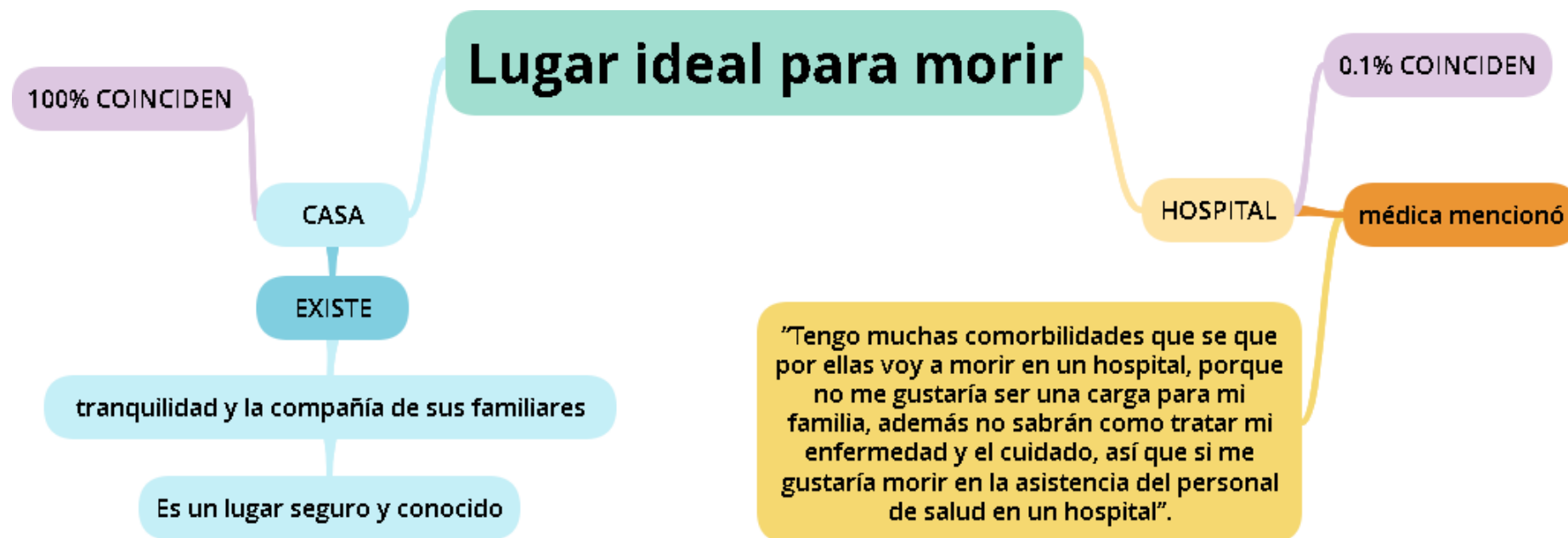
Fuente: Entrevistas

Figura No. 6 ¿Cómo considera una muerte ideal?



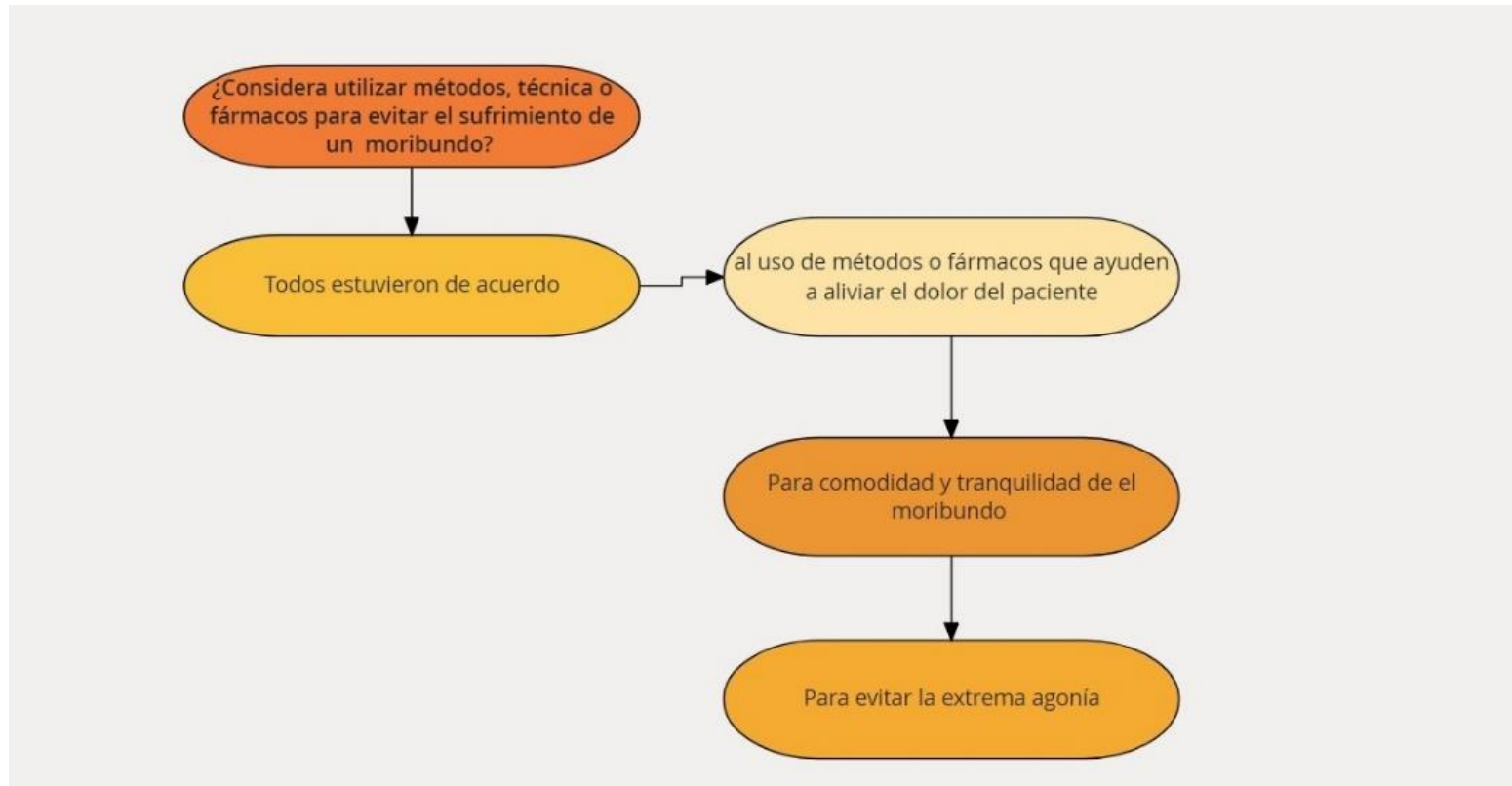
Fuente: Entrevistas

Figura No. 7 ¿Cuál considera el lugar ideal para morir, la casa o el hospital?



Fuente: Entrevistas

Figura No. 8 ¿Considera utilizar métodos, técnicas o fármacos para evitar el sufrimiento de un moribundo?



Fuente: Entrevistas

IX. Discusión

Del análisis del discurso de los participantes se puede decir que como representación social del lugar preferido para que muera dignamente un paciente, es su casa, su domicilio, su hogar, su familia, tal como lo consideran en su gran mayoría el personal de salud involucrado en este estudio, es decir en la confianza y calor del núcleo familiar, rodeado de sus seres queridos como era en tiempos pasados, cuando aún la medicina no se institucionalizaba (López, 2016)(Bayés, 1998). Probablemente algunos quieran morir en un hospital, clínica o casa de salud, pero más que ser de su agrado es por el miedo o mejor dicho por la consideración a evitar el sufrimiento de sus familiares o el que se sientan impotentes al no saber manejar su desenlace al final de la vida.

En los dos casos podemos observar que siempre está implícita la familia como eje importante de este grupo de estudio, quizá en otra población o muestra de investigación las perspectivas sean diferentes.

Desde mi punto de vista considero que el hogar es el lugar más adecuado en el cual uno pueda despedirse de esta vida, el afecto familiar considero es el soporte para que haya una atención digna en el momento de la muerte.

Otro punto analizado es la terminología que el personal de salud utiliza para determinar o describir que es una muerte digna, las definiciones son bastante diluidas en su significado, partiendo desde el término dignidad que se lo utiliza hoy en día en todos los aspectos, por mencionar, vida digna, vivienda digna, vejez digna y finalmente muerte digna, pero con poco o nada del conocimiento como tal de que es la dignidad.

La terminología más común que el personal de salud participante utiliza para referirse a muerte digna, agonía, sufrimiento o final de la vida está clara y entendida, es así que los términos más utilizados por los profesionales son: muerte con dignidad y agonía, aduciendo que la agonía es el momento previo a morir y que concuerda con lo que establece María Victoria García – Atance, agonía es ese momento que antecede a la muerte de un individuo manifiesto como un grave decremento del estado físico acompañado de debilidad extrema y un pronóstico vital muy limitado, ya sea de días o horas (Atance María Victoria, 2016).

Cuando nos referimos al encuentro con la muerte que los profesionales de salud han tenido desde el ámbito personal o dentro de su formación profesional, es indiscutible que el momento

de enfrentarse a la muerte como espectador, ha tenido características de inolvidable, doloroso, de angustia e incluso podemos decir que ha sido trascendental.

Todos los participantes identifican y representan a la muerte como tal, como un momento doloroso y de impotencia, que han atravesado durante su formación profesional, ninguno comentó el haberse enfrentado a la muerte dentro de su familia como un acto impactante, pero si hicieron énfasis que durante las prácticas de formación profesional tuvieron este encuentro con la muerte para el cual aún no estaban preparadas.

En este punto de análisis, me sumo a los participantes de la investigación, ya que de la misma forma que mencionan, mi encuentro con la muerte fue durante mis prácticas de formación profesional, siendo un joven estudiante que piensa que el médico está en la capacidad de mantener la vida de todas las personas.

La mejor representación de muerte ideal es bastante clara, todos los participantes concuerdan que lo mejor sería morir sin dolor, sin agonía, sin sufrimiento, entrar en ese sueño dulce de la muerte, es decir como un canon que acorde a las respuestas de los participantes se puede estructurar, pero la duda es si esa idealización de la muerte es real o solamente es una idealización del querer ser al ser propiamente dicho. La pregunta de muerte ideal hace que construyamos una representación un tanto ficticia, porque no sabemos así sucederá, ya que en nuestro país no existen directrices claras como el testamento vital o la muerte anticipada (Marí-Klose & De Miguel, 2000).

Es importante mencionar que en el común de la gente no se encuentra una respuesta a esta pregunta, ya que no estamos acostumbrados a hablar de este tema dentro la sociedad y la vida diaria, pero si es más fácil encontrar una respuesta en el personal de salud que se enfrenta frecuentemente a la muerte a pesar de que no es un tema que se haya fortalecido en el ámbito de la salud como tal.

Hablar de la función que cumple el personal de salud ante la muerte es describir esa relación humanitaria que como profesionales de la salud desempeñan en su ejercer profesional para el cual están formados, aunque hoy en día se tenga una visión más materialista de las carreras profesionales de la salud.

Es indiscutible que el rol del personal de enfermería es fundamental en el manejo, acompañamiento y cuidado del enfermo, desde su ingreso a los hospitales hasta la entrega del

cadáver en la morgue como evidencia este estudio, desde el baño diario hasta la mortaja como procedimiento descrito en nuestra investigación.

Además del cuidado directo en salud hacia un paciente moribundo es importante mencionar el acompañamiento espiritual que cada profesional según sus creencias ofrece al moribundo, desde el agua como signo de purificar hasta una oración de liberación que le permita al agonizante trascender y dejar el cuerpo material.

Las representaciones sociales se ven expresadas desde esa relación individuo-sociedad que en este caso se enfoca en la atención del personal de salud hacia el paciente moribundo, específicamente de médicos y enfermeras que son el objetivo de estudio y la muerte digna que ellos consideran dar a un paciente en esta etapa de la vida, como resultado del sentido común que han ido construyendo en el actuar de la vida cotidiana (Villarroel, 2013).

Los médicos y enfermeras coinciden en que la mejor representación social de una muerte digna para un paciente es morir sin sufrimiento, aliviado de sus dolores, sin agonía, considerando que el paciente hasta el último momento en el que se declara su muerte mantiene su dignidad como persona e incluso una vez que ha muerto se sigue considerando la dignidad, el respeto inmerso en el cuerpo del ser humano como tal, como lo sustenta la Constitución de la república del Ecuador en su preámbulo, en los artículos 11.7, 66.2, 66.3, 66.3.c (Piedra, 2020).

X. Conclusiones

De acuerdo con los objetivos propuestos en esta investigación podemos relacionar como puntos conclusivos:

Los médicos y enfermeras representan a la muerte digna como un acto de compasión, que enfatiza el morir exentos de dolor, de agonía prolongada, con cuidados generales básicos que eviten el sufrimiento y desesperación del moribundo, además recalcan la importancia del acompañamiento de los seres más allegados en el momento final de la vida.

El nivel de ansiedad que produce la muerte en ambos grupos de estudio es similar, tanto el personal médico como el de enfermería asumen un momento de estrés al saber que en su paciente van decaendo los signos vitales a pesar del esfuerzo mantenido, del propósito de mejorar el estado de salud.

Revelamos que el impacto que produce la muerte en los participantes nunca deja de estar presente, por más cantidad de pacientes que han visto morir, cada uno es diferente y en cada uno se repite la misma sensación, el mismo proceso.

En nuestro estudio podemos evidenciar que el patrón de muerte ideal es representativo, porque como mencionamos anteriormente, todos los participantes consideran que la muerte ideal es sin dolor y sin sufrimiento.

Es claro el uso de lenguaje técnico para referirse a la muerte digna, hemos apreciado que los participantes conocen la terminología, pero carecen de sus conceptos y definiciones, hemos visto claramente hablar de que lo digno en un moribundo es no tener fatiga, no tener dolor, no tener ansiedad; e incluso han hablado de cuidados paliativos y limitación del esfuerzo terapéutico.

Nuestro estudio reconoce aquellos aspectos sociales y emocionales que los profesionales de salud están conscientes de su propia muerte, de cómo, cuándo y donde les gustaría morir y que reúna las características de dignidad e incluso apegados a los cuidados paliativos y en el entorno familiar.

Las condiciones éticas es otro aspecto evidenciado en nuestro estudio, en el cual los participantes de medicina y enfermería involucran como parte de una muerte digna a la sedación paliativa como recurso de una calidad de muerte con pleno conocimiento profesional.

Podemos concluir también que existe enmascarado el miedo a la muerte, no con el enfoque del ser humano muerto sino más bien del morir con dolor, sufrimiento, agonía, es por eso por lo que todos los involucrados hablan de muerte digna, pero sin dolor, estar dormido o inconsciente el momento final de la vida, lo que algunos autores han definido el patrón de la no-muerte.

Reconocemos y es evidente en los participantes como planifican su muerte, para que esta sea digna, lo que va de la mano con la institucionalización de la muerte que hemos hablado en el sustento teórico de este estudio; podríamos decir que hasta han programado una muerte técnica.

Nuestro estudio evidencia el enfoque social que los profesionales de salud le dan a la muerte en general, describiendo así al moribundo como la persona que se encuentra en un estado comatoso, intubado, conectado a equipos de soporte vital, medicado, inconsciente.

El aspecto espiritual y religioso también es representativo en el personal de salud, sean estos creyentes o no, practicantes o no, realizan un ritual con enfoque cristiano de despedida como parte de una muerte de calidad; acorde a sus conocimientos católicos o de cualquier otra religión.

Este estudio también devela la necesidad imperiosa de que los profesionales de la salud tengan conocimientos y formación en el tema bioético, muerte digna, cuidados paliativos, en cómo afrontar la muerte y de que exista el compromiso de las instituciones de salud para incluir dentro de su plan de capacitación para el usuario interno todos estos temas.

Es importante reconocer el protagonismo que el personal de enfermería demuestra en el momento de la muerte de un paciente, nos atreveríamos a decir que son ellos quienes le dan las características de muerte digna a aquel ser humano que ha llegado al final de la vida, todos ellos como entes pasivos una vez que el médico ha dejado su accionar directo con el paciente.

Desde lo fenomenológico podríamos decir que el personal profesional de enfermería está más preparado que el personal médico en brindar el cuidado necesario para que un moribundo tenga una muerte digna.

1. Recomendaciones

Continuar acompañando al moribundo, con los cuidados básicos enfocados siempre en la compasión al ser humano que ha entrado en la etapa final de la vida y que se encuentra al cuidado de profesionales que a pesar de no haber tenido formación específica en el tema de la muerte digna lo hacen con esmero y respeto a la persona como tal.

Incluir planes de formación y capacitación para los trabajadores de la salud especialmente del servicio de Terapia Intensiva y Medicina Interna en donde la muerte es parte del día a día sin desmerecer la calidad y profesionalismo del trabajo sino por la gravedad de los casos que enfrentan a diario.

Brindar el acompañamiento y asesoría a los familiares del moribundo, desde el mismo instante en que el diagnóstico o pronóstico es desfavorable a través de la asesoría de un comité de ética asistencial hospitalario propio del hospital.

Establecer un programa de formación para las carreras de medicina y enfermería en el plan de prácticas formativas para los estudiantes de pre y posgrado que realizan sus actividades

asistenciales hospitalarias con enfoque sobre la muerte de los pacientes dentro del proceso natural del ciclo de vida de un ser humano y que tenga la misma importancia que se da a otros temas de la salud.

Incorporar y fomentar el acompañamiento espiritual al paciente moribundo como componente de una muerte digna y dentro del protocolo de atención para pacientes en estado crítico o con diagnósticos desfavorables.

Elaborar protocolos de investigación referente a muerte digna, dignidad del moribundo, final de la vida para que los profesionales de la salud se familiaricen con este tema poco estudiado, poco aceptado pero muy presente en el día a día.

Bibliografía

- Atance María Victoria. (2016). DIGNIDAD EN EL PROCESO DE MORIR. *Congreso*.
- Bayés, R. (1998). Psicología del sufrimiento y de la muerte. *Anuario de Psicología*, 29(4), 5–17.
- Betancourt Betancourt, G. de J., & Betancourt Reyes, G. (2017). ARTÍCULO DE REVISIÓN Muerte digna y adecuación del esfuerzo terapéutico Worthy death and proper therapeutic efforts Gilberto de Jesús Betancourt Betancourt. *Medimay*, 24(1), 53–65. <http://www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1043>
- Betancourt, G. de J. (2017). Muerte digna y adecuación del esfuerzo terapéutico Worthy death and proper therapeutic efforts Gilberto de Jesús Betancourt Betancourt. *Medimay*, 24(1), 53–65.
- Cano, C. W. de A., Silva, A. L. C. da, Barboza, A. F., Bazzo, B. F., Martins, C. P., Iandoli Júnior, D., Benites, L. da S. B., Terceros, L. B., & Nantes, R. dos S. G. (2020). Finitude da vida: compreensão conceitual da eutanásia, distanásia e ortotanásia. *Revista Bioética*, 28(2), 376–383. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282399>
- Chocarro González, L. (2010). *Representación social de la muerte entre los profesionales sanitarios*. 387. http://encore.fama.us.es/iii/encore/record/C__Rb2228489__Scuidado*AND+enfermer*+%28Critic*+OR+paliativ*%29__Ff%3Afacetcollections%3A7%3A7%3ALibros+Electrónicos%3A%3A__Orightrresult__U?lang=spi&suite=cobalt
- Colectivas, R. (2013). Representaciones Sociales: perspectivas teóricas y metodológicas. *REVISTA CES PSICOLOGÍA*, 6(1), 2011–2014.
- Constitucional, P., Posgrados, J. De, & Posgrados, J. De. (2020). Rosa Valeria Vázquez-Villavicencio. 5(08), 269–289. <https://doi.org/10.23857/pc.v5i8.1588>
- Dionicio, C. (2014a). *Artículo original Bioética y Paciente Terminal: Actitud del Médico Oncólogo Bioethics and the terminal patient: Attitude of the medical oncologist*. 12–18.
- Dionicio, C. (2014b). *Bioética y Paciente Terminal*. 4(1), 12–18.

- Donnelly, J. (2009). *Human Dignity and Human Rights*. 1–92. <https://www.mendeley.com/viewer/?fileId=642a6615-e94b-9c3f-31c5-f10d48d940ee&documentId=44bde5a4-ba7f-3260-9604-29ffad6c9b91>
- Educación, D. De. (2008). Universidad de Huelva Universidad de Huelva Tesis doctoral. *Historia, 1*, 616.
- Espa, S., Paliativos, C., Pal, S.-, Secpal, L., Pa-, C., Interterritorial, C., Nacional, P., Paliativos, C., Plan, E., Na-, P., Paliativos, C., Nacional, P., & Paliativos, C. (2003). *consideraciones éticas. 41(2)*, 57–60.
- Fustinoni, O., Barone, M. E., Elli, J., Gonoraszky, S., Martínez Perea, M. de C., & Rotta Escalante, R. (2020). SUSPENSNIÓN DE SOPORTE VITAL EN EL ESTADO VEGETATIVO PERMANENTE Y MUERTE DIGNA. *MEDICINA (Buenos Aires)*, *80*, 48–53. <https://www.medicinabuenosaires.com/indices-de-2020/volumen-80-ano-2020-no-1-indice/suspension/>
- García-Rillo, A., García-Pérez, L., & Duarte Mote, J. (2012). La muerte como experiencia de vida y la labor humanista de anunciar la muerte en medicina. *Medicina Interna de Mexico*, *28(6)*, 598–602.
- Gonzalo E, G. (2017). La educación médica para una muerte digna. *ACTA MEDICA PERUANA*, *34(3)*, 165–167. <https://doi.org/10.35663/amp.2017.343.391>
- Ignorosa-Nava, C. A., & González-Juárez, L. (2014). Cuidados paliativos para una muerte digna. Estudio de un caso. *Enfermería Universitaria*, *11(3)*, 110–116. [https://doi.org/10.1016/s1665-7063\(14\)72674-0](https://doi.org/10.1016/s1665-7063(14)72674-0)
- LABACA ZABALA, M. . L. (2014). La dignidad de la persona en el proceso de la muerte. *Revista Vasca de Administración Pública / Herri-Arduralaritzarako Euskal Aldizkaria*, *99–100*, 1843–1872. <https://doi.org/10.47623/ivap-rvap.99.100.2014.078>
- Constitucion De La Republica Del Ecuador, 53 Journal of Chemical Information and Modeling 1689 (2013). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- López, R. (2016). *Concepciones y Actitudes ante la Muerte: Teorías Implícitas, Determinantes Socioculturales y Aspectos Psicológicos relacionados*.

- Maglio, I., Wierzba, S., Belli, L., & Somers, M. E. (2016). El derecho en los finales de la vida y el concepto de muerte digna. *Rev. Am. Med. Respir*, 16(1), 71–77.
- Marí-Klose, M., & De Miguel, J. (2000). El canon de la muerte. *Política y Sociedad*, 35, 115–143.
- Marín, M. (2007). La dignidad humana, los Derechos Humanos y los Derechos Constitución. *Revista de Bioética y Derecho*, 9(9), 1–8. <https://doi.org/10.1344/rbd2008..12>
- Mex, M. I. (2003). *Artículo de opinión El médico , el hombre y la muerte*. 19(5), 330–333.
- Morais, I. M. de, Nunes, R., Cavalcanti, T., Soares, A. K. S., & Gouveia, V. V. (2016). [Perception of “dignified death” for students and doctors]. *Revista Bioética*, 24(1), 108–117.
- Mota, J. F. R. (2008). Muerte digna, una oportunidad real. In *Muerte Digna*.
- Ñuscué, A. J. P., & Coral, K. L. F. (2022). Derecho a morir dignamente. In *Morir dignamente* (pp. 215–228). <https://doi.org/10.2307/j.ctv2cmr9t5.8>
- Pacheco Victor. (2012). *Bioética Quitensis* (Primera). Healtheditor Cia. Ltda.
- Pegoraro, M. M. de O., & Paganini, M. C. (2019). Cuidados paliativos e limitação de suporte de vida em terapia intensiva. *Revista Bioética*, 27(4), 699–710. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019274353>
- Pele, A. (2015). KANT Y LA DIGNIDAD HUMANA. *Revista Brasileira de Estudos Políticos*, 111. <https://doi.org/10.9732/P.0034-7191.2016V111P15>
- Piedra, D. (2020). El derecho a la muerte digna como fundamento contenido en la dignidad humana dentro del Estado Constitucional Ecuatoriano. In *Universidad Andina Simón Bolívar*.
- Resto Rodríguez, W. O. (2015). El Proyecto de la Cámara 2258 de Puerto Rico: ¿muerte digna, suicidio asistido o eutanasia? y sus consecuencias jurídicas. *Revista De Derecho Puertorriqueño*, 54(1940), 20.

- Ruiz, Á. (2008). ¿Derecho a morir con dignidad? *Biomédica*, 28(2), 191.
<https://doi.org/10.7705/biomedica.v28i2.90>
- Ruy Perez Tamayo. (2002). EL MÉDICO Y LA MUERTE. *Medicina Interna de México*, 18(5), 251–257.
- Saldívar, A. G. (2017). La muerte del otro. In *Andamios* (Vol. 14, Issue 33, pp. 15–22).
<https://doi.org/10.29092/uacm.v14i33.543>
- Sandoval-Gutiérrez, J. L. (2019). Reflections on life and dignified death. In *Gaceta Médica de México* (Vol. 155, Issue 3, pp. 330–331). Academia Nacional de Medicina.
<https://doi.org/10.24875/GMM.19005170>
- Sarmiento-Medina, M. I., Vargas-Cruz, S. L., Velásquez-Jiménez, C. M., & de Jaramillo, M. S. (2012). Problemas y decisiones al final de la vida en pacientes con enfermedad en etapa terminal. *Revista de Salud Pública*, 14(1), 116–128.
<https://doi.org/10.1590/S0124-00642012000100010>
- Suarez Yanes, E., Martínez Rodríguez, I., Rodríguez Sánchez, L. A., Rojas Borroto, C. A., Calero Pérez, Y., & Valdez Iznaga, R. (2014). Implicaciones histórico-sociales, legales, bioéticas y religiosas de la muerte encefálica. *MediCiego*, 20(1).
- Valeria Vázquez-Villavicencio, R. I., & Fabiola Zamora-Vázquez, A. I. (2020). El reconocimiento del derecho a la muerte digna desde una perspectiva de un estado constitucional de derechos. *Polo Del Conocimiento: Revista Científico - Profesional*, ISSN-e 2550-682X, Vol. 5, N°. 8, 2020, Págs. 269-289, 5(8), 269–289.
<https://doi.org/10.23857/pc.v5i8.1588>
- Vallejo Martínez, M., Lino, N., & Quinto, R. (2017). Estudio de Pertinencia de los Cuidados Paliativos en Ecuador. *Oncología (Ecuador)*, 27(3), 238–252.
<https://doi.org/10.33821/241>
- VARGAS, J. (2018). *EDUCACIÓN Y PEDAGOGÍA PARA LA MUERTE*. Pontificia Universidad Javeriana.
- Vásquez Calle, J. (2020). *La vida digna en el proceso de muerte, prospección hacia la eutanasia y el suicidio medicamente asistido*.

- Vázquez, R. (2017). La vía negativa de acceso a la dignidad y la expresión “muerte digna.” *Revista de Bioética y Derecho: Publicación Del Máster En Bioética y Derecho*, 40, 23–31. <https://doi.org/10.1344/rbd2017.40.19159>
- Vial Correa, J. de D., & Rodríguez Guerro, Á. (2009). La dignidad de la persona humana. Desde la fecundación hasta su muerte. *Acta Bioethica*, 15(1), 55–64.
- Victor, P. (2012). *Representaciones sobre prácticas de cuidado al final de la vida* (Primera). Healtheditor Cia. Ltda. <https://www.academica.org>.
- Villarroel, G. E. (2013). Las representaciones sociales: una nueva. *Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, AÑO 17-N, 22. <https://www.redalyc.org/pdf/705/70504911.pdf>
- Yanes, E. S., Rodríguez, I. M., Antonio, L., Sánchez, R., Alberto, C., Borroto, R., Pérez, Y. C., & Iznaga, R. V. (2014). Implicaciones histórico-sociales , legales , bioéticas y religiosas de la muerte encefálica Historical social , legal , bioethical and religious implications of brain death. *MEDICIEGO*, 20(1). <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2014/mdc141f.pdf>
- Yourcenar, M. (2013). Vida y muerte digna: Cuidados paliativos. *Archivos de Neurociencias*, 18(3), 111–112.