



# UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Enfermería

**“PERCEPCIONES DEL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL  
ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SOBRE  
CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA, CUENCA 2020”**

Proyecto de investigación  
previo a la obtención del  
del título de Licenciado  
en Enfermería

**Autores:**

Jessica Paola Gonzaga Cabrera

CI: 0107270241

Correo electrónico: [jp\\_gc@hotmail.com](mailto:jp_gc@hotmail.com)

Jonnathan Mauricio Durán Ayavaca

CI: 0105497721

Correo electrónico: [jonnathanduran95@gmail.com](mailto:jonnathanduran95@gmail.com)

**Directora:**

Mgt. Diana Elizabeth Sánchez Campoverde

CI: 0106061799

**Cuenca, Ecuador.**

21-agosto-2020



## Resumen:

**Antecedentes:** Los cuidados al final de vida son aplicados a usuarios agonizantes comprenden: administración de medicamentos, atención de las necesidades diarias, alivio de la sintomatología, soporte psicosocial y espiritual al individuo y su familia, convirtiéndose en algo significativo para los profesionales de Enfermería. De esta manera, conocer las distintas percepciones nos permite percibir la participación en el cuidado integral del paciente en su etapa final de la vida.

**Objetivo:** analizar las percepciones sobre cuidados al final de la vida del personal de Enfermería del Hospital Vicente Corral Moscoso del área de Clínica, Cuenca 2020

**Metodología:** se realizó un estudio cualitativo con diseño fenomenológico de tipo descriptivo. Para este estudio se contó con una muestra de 10 profesionales de Enfermería que laboran en el área de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, la técnica para la recolección de datos fue la entrevista semiestructurada utilizó las siguientes categorías: percepción sobre Cuidados al final de la Vida (CAV), aspectos institucionales, formación y aprendizaje en CAV, experiencia laboral, interrelación familia- paciente, afrontamiento emocional, relación laboral entre los profesionales. Para la codificación se utilizó el Software Atlas Ti y Microsoft Word.

**Resultados:** Esta investigación permitió conocer el lado humano y profesional de los participantes. Fue evidente que dentro del lado profesional se trata de garantizar un trabajo óptimo para el paciente, sin dejar de lado el lado humano demostraron sus sentimientos de impotencia, el intentar satisfacer las necesidades no solo del usuario sino también de la familia. Los profesionales coincidieron que desean comprometerse con la atención al paciente y una buena muerte.

**Conclusión:** La percepción de los profesionales de Enfermería al brindar estos cuidados no son satisfactorios para ellos, recalcan que la formación académica obtenida les ha dotado de bases fundamentales, pero en cuanto a cuidados al final de la vida les pareció limitada y superficial, además la implementación de protocolos de estos cuidados y capacitación adicional en los mismos en el área de estudio.

**Palabras Clave:** Percepciones. Personal. Profesional. Enfermería. Clínica.



**Abstract:**

**Background:** Special cares at the end of the life are applied to dying users, including: administration of medications, attention to daily needs, relief of symptoms, psychosocial and spiritual support to the individual and their family, becoming something significant for nursing professionals. In this way, knowing the different perceptions allows us to perceive the participation in the comprehensive care of the patients in their final stage of life.

**Objective:** to analyze the perceptions of care at the end of life of the nursing staff of the Vicente Corral Moscoso Hospital in the clinical area, Cuenca 2020.

**Methodology:** a qualitative study with a descriptive phenomenological design was carried out. For this study, we had a sample of 10 nursing professionals who work in the clinical area of the Vicente Corral Moscoso Hospital; the technique for data collection was the semi-structured interview using the following categories: perception of End-of-Life Care (CAV), institutional aspects, training and learning in CAV, work experience, family-patient relationship, emotional coping, and employment relationship between professionals. For coding, Atlas Ti Software and Microsoft Word were used.

**Results:** This research allowed knowing the human and professional side of the participants. It was evident that within the professional side it is about guaranteeing an optimal work for the patient, without neglecting the human side, they showed their feelings of helplessness, trying to satisfy the needs not only of the user but also of the family. Nursing professionals agreed that they want to commit to patient care and a good death.

**Conclusion:** The perception of nursing professionals when providing these cares is not satisfactory for them, they emphasize that the academic training obtained has provided them with fundamental foundations, but regarding care at the end of life they seemed limited and superficial, in addition the implementation of protocols for this care and additional training in the study area.

**Key Words:** Perceptions. Personal. Professional. Nursing. Clinic.



## Índice del Trabajo

<b>ANTECEDENTES.....</b>	<b>2</b>
<b>OBJETIVO .....</b>	<b>2</b>
<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>2</b>
<b>PALABRAS CLAVE .....</b>	<b>2</b>
<b>AGRADECIMIENTO .....</b>	<b>10</b>
<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO I .....</b>	<b>13</b>
1.1 INTRODUCCIÓN .....	13
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.3 JUSTIFICACIÓN .....	17
<b>CAPÍTULO II .....</b>	<b>18</b>
2. MARCO TEÓRICO.....	18
2.1 MARCO REFERENCIAL .....	18
2.2 MARCO TEÓRICO.....	19
Percepción .....	20
Aspectos Institucionales.....	21
Formación y Aprendizaje en CAV.....	21
Experiencia Laboral en Enfermería .....	21
Interrelación Familia-Paciente .....	22
Afrontamiento.....	22
Relación Laboral entre Profesionales .....	22
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>23</b>
3. OBJETIVOS .....	23
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	23
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	23
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>24</b>
4.1 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO GENERAL .....	24
4.2 ÁREA DE ESTUDIO.....	24
4.3 POBLACIÓN O UNIVERSO .....	24



4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	24
4.4.1 Criterios de inclusión.....	24
4.4.2 Criterios de exclusión.....	25
4.5 CATEGORIZACIÓN.....	25
4.6 PROCEDIMIENTO Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	29
4.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS:.....	29
4.8 ASPECTOS ÉTICOS .....	30
<b>CAPÍTULO V</b> .....	31
5. RESULTADOS.....	31
<b>CAPÍTULO VI</b> .....	57
6.1 DISCUSIÓN .....	57
<b>CAPÍTULO VII</b> .....	68
7.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	68
7.2 LIMITACIONES .....	72
<b>CAPÍTULO VIII</b> .....	73
8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	73
<b>CAPÍTULO IX</b> .....	78
9. ANEXOS .....	78
Anexo Núm. 2 Guía para entrevistas semiestructurada .....	81
Anexo Núm.5: Recursos Humanos y Materiales .....	82
<b>RECURSOS HUMANOS</b> .....	82
<b>RECURSOS MATERIALES Y ECONÓMICOS</b> .....	82



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio  
Institucional

---

Jessica Paola Gonzaga Cabrera en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación "PERCEPCIONES DEL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SOBRE CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA, CUENCA 2020", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 24 de Agosto del 2020

Jessica Paola Gonzaga Cabrera

C.I: 0107270241



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio  
Institucional

---

Jonnathan Mauricio Durán Ayavaca en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “**PERCEPCIONES DEL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SOBRE CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA, CUENCA 2020**”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 24 de Agosto del 2020

Jonnathan Mauricio Durán Ayavaca

C.I: 0105497721



## Cláusula de Propiedad Intelectual

---

Jessica Paola Gonzaga Cabrera autor/a del proyecto de investigación **“PERCEPCIONES DEL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SOBRE CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA, CUENCA 2020”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 24 de Agosto del 2020

Jessica Paola Gonzaga Cabrera

C.I: 0107270241





### Cláusula de Propiedad Intelectual

---

Jonnathan Mauricio Durán Ayavaca autor/a del proyecto de investigación **“PERCEPCIONES DEL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SOBRE CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA, CUENCA 2020”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 24 de Agosto del 2020

Jonnathan Mauricio Durán Ayavaca

C.I: 0105497721



## AGRADECIMIENTO

Durante este trayecto de formación académica y elaboración del presente tema de investigación queremos agradecer en primer lugar a Dios, que nos ha dado la sabiduría y constancia para culminar con esta carrera profesional.

A nuestros padres, ya que ellos son la base fundamental para convertirnos en profesionales al ser las personas que siempre han tenido fé en el éxito de sus hijos, gracias a su esfuerzo y apoyo.

A nuestras docentes, quienes nos han inculcado la calidad humana en el ámbito de la Enfermería y nos han formado con sus conocimientos y ayuda.

A nuestros amigos/as quienes han caminado con nosotros durante estos años de estudio siendo apoyo en los momentos difíciles, dejando recuerdos y momentos inolvidables en nosotros.

Finalmente, de manera encarecida agradecemos a nuestra directora y asesora de tesis Licenciada Diana Sánchez Campoverde Mgt., mediante su guía y apoyo hemos culminado el proyecto de investigación.

Jonnathan Mauricio Durán Ayavaca

Jessica Paola Gonzaga Cabrera



## DEDICATORIA

Este trabajo de investigación y los logros obtenidos durante esta carrera se lo dedico principalmente a Dios y a la Virgen María quienes han sabido iluminar mi camino y darme la inteligencia necesaria para culminar con éxito este trayecto de formación, sin ellos nada hubiera sido posible.

A mi abuelito Luis Macario (+) el con su ejemplo de perseverancia y lucha me motivo a mejorar cada día, y aunque no esté físicamente está en mi corazón. A él por creer en mí, se lo dedico esto y todo esfuerzo venidero.

A mis padres Benito y Leonor, quienes me han apoyado desde el primer día en el que se inició este trayecto de formación, ellos con sus consejos, apoyo y paciencia han sido pilar fundamental en este camino, gracias por creer en mí, esto también es logro de ustedes.

A mi abuelita Balvina y mi hermana Carolina ellas con sus palabras de aliento y su cariño incondicional han sido las mejores guías, estando en los momentos más importantes de mi vida y carrera.

A mi compañero de tesis y mejor amigo Jonnathan con el que iniciamos este sueño desde nivelación y es muy satisfactorio haberlo logrado. A el por su paciencia, dedicación y empeño en este proyecto. Gracias por tus consejos, apoyo y cariño a lo largo de estos años.

Y, por último, pero no menos importante al resto de mi familia quienes han creído y confiado en mí, han sido de mucha ayuda en esta formación profesional. A mis amigos los verdaderos que a pesar de los años siguen junto a mí y han estado apoyándome cuando he querido rendirme.

En su casa, trabajo, en el día o durante la noche leerán este trabajo como si estuviera hecho para ustedes y lo está. Gracias por ser los protagonistas de mi vida.

Jessica Gonzaga C.



## DEDICATORIA

El presente proyecto de investigación se lo dedico a Dios y la Virgen María ya que me han brindado la fortaleza para poder cumplir una meta más en la vida.

En especial a mis padres Martha y Santiago, se los dedico de lo más profundo de mi corazón por su gran sacrificio, dedicación y trabajo para poder brindarme el apoyo, consejos y amor durante toda esta carrera profesional sin el apoyo de las personas más importantes de mi vida esto no sería posible estaré infinitamente agradecido con las personas que amo.

A mi hermano Andrés y resto de mi familia que me tienen cariño y haber creído en mí, además han sabido brindar palabras de aliento y sentirse orgullosos de mí en una de las etapas más duras de la vida académica.

Y a mi compañera de tesis y amiga Jessica por haber compartido conocimientos y ayuda en momentos complicados de la carrera y vida, por haber puesto todo su esfuerzo y dedicación en el proyecto de investigación.

Todo este esfuerzo y dedicación se los dedico con todo el cariño.

Jonnathan M. Durán Ayavaca.



## CAPÍTULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN

Al ser Enfermería una ciencia basada en el cuidado, siendo el paciente el centro de atención. Participa en ámbitos como la promoción, prevención, rehabilitación y muerte. Por lo tanto, el brindar cuidados al final de la vida; alivio de la sintomatología, apoyo usuario-familia, una muerte digna al paciente entre otros es un objetivo principal contemplado por un profesional de Enfermería siendo la calidad del cuidado un aspecto primordial.

La muerte desde el punto de vista de las ciencias de la salud se considera una falla en la práctica del personal profesional más no como un hecho natural del ciclo vital de todo ser. En relación a las instituciones de segundo y tercer nivel deben dominar la atención a los agonizantes. En consecuencia, los enfermeros y enfermeras poseen normativas específicas para esta área, sus capacidades han mejorado y están preparados para afrontar las situaciones que involucren la integridad de los usuarios. Sin embargo, podrían estar o no altamente experimentados en los cuidados al final de la vida (1).

Por su parte el usuario agonizante frecuentemente es incapaz de mantener sus capacidades vitales básicas y puede poseer otras condiciones amenazantes para su vida, es dependiente del personal humano que ayuda a suplir sus necesidades y diariamente el personal enfermero está en mayor contacto con el usuario resultando significativo conocer sus opiniones (1,2).

En cuanto a los cuidados paliativos se enfocan en acrecentar la calidad de vida de los pacientes que poseen una enfermedad grave que amenace su supervivencia. Por lo contrario, los cuidados al final de la vida se enfocan en la muerte del paciente de forma digna y atención de calidad durante el tiempo de agonía. El presente tema se basará en conocer como enfermería percibe el intento por ejecutar cuidados al final de la vida (2).



## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Investigaciones desarrolladas demuestran factores por los que los enfermeros no manejan los CAV, algunos son; la poca actualización de procedimientos, emociones, creencias religiosas, poca destreza en la práctica de estos y las percepciones de la familia (3), esto desencadena efectos secundarios sobre los profesionales como estrés, conflicto moral el necesitar saber si hizo lo correcto o se limitó, sentir impotencia, incluso temor a no saber cómo actuar frente a otros pacientes. Es por ello que durante la formación las enseñanzas deben de ser de alta calidad para desenvolverse adecuadamente y con seguridad frente a las demandas (4).

Según Velarde et al (5) en años anteriores el personal de salud decidía los cuidados a pacientes agonizantes basados en los criterios que poseían alejándose de la realidad situacional del paciente (5). Con respecto a Enfermería está ligada al principio ético de la no maleficencia, esto ha generado polémica entre el personal de salud en base a establecer y brindar tratamientos curativos que por el estado terminal de una persona estos no sirvan para curar su condición, esta situación pone en controversia el tratamiento y la rehabilitación al usuario que logre sobrevivir, lo que va a generar recursos innecesarios para las necesidades. Varias investigaciones de cuidados al final de la vida (CAV) han demostrado que no existe una participación activa de los enfermeros en la ejecución de estos cuidados(6).

No obstante, el cuidado se ha vuelto un procedimiento mecánico repetitivo, minimizando la necesidad de los CAV. Estos procesos mecánicos imposibilitan la capacidad de establecer un diagnóstico de enfermería para el paciente agonizante, el personal hospitalario al establecer cuidados con pacientes que no se encuentran en estado crítico y que han logrado salvar sus vidas, han ganado experiencia y destrezas basadas en la curación, logrando que los pacientes obtengan el alta hospitalaria (1).

Resulta lógico que los profesionales de Enfermería deberían estar preparados para desenvolverse en cualquier escenario y saber cómo actuar ante un usuario con



probabilidad de sobrevivir o a uno que agoniza (7). Como resultado los enfermeros y enfermeras que se desenvuelven en cualquier área hospitalaria están constantemente enfrentando la muerte de pacientes. En este sentido el afrontar estos sucesos se convierte en un verdadero desafío, debido a que en algunas ocasiones la persona que está agonizando no recibe los cuidados apropiados, las necesidades de cada usuario son específicas, por lo tanto, los cuidados y atención debe ser integrales (8,9).

Con respecto a las enfermedades crónicas y potencialmente mortales han aumentado en los últimos años, viéndose necesario el incremento en número y calidad de enfermeros, con capacidades teóricas – prácticas en dichos cuidados (10). En relación con un usuario que agoniza necesita de cuidados especiales, en donde los principios éticos no se excluyen. Por lo tanto, suprimir los CAV en un usuario, vulnera sus derechos y disminuye la calidad del cuidado profesional. Según Souza et al (11) Enfermería aplica tratamientos prescritos con el objetivo de cumplir sus horas de trabajo convirtiéndose en una acción repetitiva, además el no ser partícipe de la toma de decisiones con el equipo de salud limita su calidad como profesional en los cuidados al paciente (11).

En efecto los CAV son dirigidos a usuarios con pronóstico de supervivencia negativa y enfermedades no curables, basados en asistir de manera integral, como: administración de medicamentos, tratamiento de la sintomatología, atención de las necesidades diarias, soporte psicológico, social y espiritual al usuario y su familia. En el trayecto de la ejecución de los CAV Enfermería crea un vínculo humano con el paciente en estado terminal sin alejarse del ámbito profesional, se trata de no deteriorarlo, ejecutando un trabajo que apremie y valore al paciente como ser humano (12).

Con lo antes mencionado, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las percepciones del Personal Profesional de Enfermería del área de



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso sobre cuidados al final de la vida?  
Cuenca 2020





### 1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente estudio está basado en la etapa final del usuario, siendo este periodo de tiempo un aspecto de investigación irrelevante ya que varios estudios científicos están más orientados a las patologías por lo cual es necesario conocer aquellos aspectos subjetivos relacionados a la opinión, este estudio aportará con la información sobre la experiencia de los cuidados al final de la vida del personal de Enfermería del área de Clínica. Presumiendo que, un usuario agonizante es el último en obtener atención, el tema puede aportar para que todos los pacientes sin ver su condición de salud, edad o nivel de supervivencia, obtengan una atención de forma integral hasta el final de su vida.

Las investigaciones de la aplicación de los CAV dentro de enfermería son escasas, por lo tanto, el presente estudio servirá para conocer los criterios y la aplicación de estos cuidados dentro del área de clínica por parte del personal de enfermería del hospital Vicente Corral Moscoso. En consecuencia, los resultados obtenidos serán evaluados, para proveer información que ayude a los enfermeros a brindar una correcta aplicación de los CAV, asegurando así calidad en la atención adaptadas en la realidad de cada usuario.

A nivel personal basado en la información obtenida de los participantes se podrá conocer posibles limitaciones teóricas y prácticas, y así actuar correctamente en procedimientos específicos que estén ligados a la atención del usuario en su etapa final de la vida. Esta investigación servirá de base para futuras investigaciones en un tema poco conocido como son los CAV.

Además, la Institución de salud podrá conocer según los lineamientos de investigación del Ministerio de Salud Pública del Ecuador la calidad de atención brindada a los usuarios en su etapa final de la vida.



## CAPÍTULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1 MARCO REFERENCIAL

La investigación de Todaro – Franceschi demostró que la formación académica no ofrecía la capacidad para dar cuidados a los agonizantes y su familia, por otra parte, en Nueva Zelanda enfermeras señalan que sus primeras impresiones con la muerte de usuarios dejaron secuelas negativas personales y profesionales como: impotencia, inquietud, sentimientos de culpa además evidenció rechazo y temor a brindar CAV por los profesionales más jóvenes (13).

En relación con España en el año 2017 se realizó un estudio a los usuarios de un centro de salud de la Comunidad Autónoma de Madrid en el que participaron 425 personas se obtuvo que el 91% de los participantes desearía elegir sobre sus CAV, el 58% conoce que son los CAV, el 35% de esta población manifestó que por lo menos un miembro de su familia recibió estos cuidados, 54% de estos datos denota que los CAV recibidos en un familiar es bueno y por último 30% que lo considera como mala (14).

En cuanto a los CAV durante el V Congreso de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos en Curitiba – Brasil, todos los representantes afirmaron que los CAV deben ser de fácil acceso para todos los usuarios, se evidenció una problemática para estos cuidados basados en la educación y atención en estos es de regular a mala. De los 19 países que participaron, solo diez miembros contaban con títulos de posgrados en estos cuidados exclusivos para personal médico. Consiguiente a este congreso dos países más se comprometieron en la educación en CAV en el campo de enfermería entre uno de ellos Ecuador (15).

En efecto el manejo de los CAV en el Ecuador parte del año 1973 en Quito hacia personas con padecimientos terminales, crónicos y adultos mayores. Según el Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica en el 2012 en Ecuador, varios servicios ofrecen este tipo de cuidados, en primer lugar con 25% lo ofertan los equipos



multinivel, en segundo lugar están las casas de acogida instituidas en Ecuador con un 24% y por último los hospitales de tercer nivel con un 17% (16).

En cuanto al Código de Ética de la Asociación de Enfermería se estipula que los CAV tienen que ser propios para cada paciente. Además que Enfermería necesita crear nuevas destrezas que logren compensar las demandas de los pacientes (17). Otro punto es que en la Asamblea Mundial de la Salud el 23 de enero del 2014 se dispone que los CAV deban estar reconocidos en el marco de las políticas de salud y empleados correctamente. Estudios relatan que 40 millones de personas por cada año requieren CAV (18).

## **2.2 MARCO TEÓRICO**

Los profesionales de enfermería no abandonan su parte humana, sienten frustración o impotencia cuando conocen que los tratamientos a brindar al paciente no le devolverá la salud y contrario de su pensamiento estos tratamientos aumentan el tiempo de agonía, sumado otro aspecto de preocupación los dilemas éticos y legales que puede acarrear no aplicar estos tratamientos (19). Al cuidar de un agonizante, los profesionales también poseen dudas que influye en los CAV, si brindarlos a pacientes sin ninguna esperanza de recuperación (20).

Ante todo el dolor debe ser manejado por el profesional siendo una inquietud sobre cómo tratar esto (21). En cuanto a los ámbitos de los CAV, los enfermeros desconocen en cual deben ser partícipes, por lo que evaden su responsabilidad y entregan esta tarea a otro miembro del equipo de salud (22).

Además, el vínculo o comunicación establecida con los pacientes va a ayudar a aplicar los cuidados correspondientes, siendo una parte básica la relación enfermera – paciente – familia. Con respecto a algunas instituciones no cuentan con protocolos que indiquen y orienten al personal sobre los CAV (23). De esta manera el brindar cuidados puede ser una experiencia difícil y perjudicial para su estado emocional, investigaciones señalan que los CAV son fundamentales para el paciente, razón por la que enfermería debería estar preparado para aplicarlos. La



demanda de protocolos para CAV es algo constante, ya que los enfermeros consideran que sería mucho más fácil saber cómo actuar (24).

Por lo tanto el usuario en su etapa final depende totalmente del profesional, de sus conocimientos (25). Teniendo como derecho recibir todos los cuidados hospitalarios y en su estado es necesario los CAV, los profesionales deben tener la iniciativa y estar en una constante evaluación de dichos procedimientos, y ser un intermediario en donde todo el personal de salud participe activamente a favor del paciente (26).

Investigaciones realizadas evidencian que el personal no se encuentra lo suficientemente preparado para anticipar los pacientes que requieren CAV (27).

En relación con la muerte es una parte normal del ciclo vital (28). El concepto realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) dice que los cuidados al final de la vida, “son acciones del personal de salud que tienen como meta el mejorar la calidad de vida de los pacientes en estado terminal y sus familias de manera temprana, tomando en cuenta las características del paciente agonizante para iniciar todos los procedimientos” (29).

La comunicación del paciente puede expresar las necesidades o el deseo particular de un cuidado, así la familia y el paciente van a fortalecer el vínculo emocional y satisfacer sus necesidades hasta el momento del deceso, evaluando todas sus necesidades, no solo se va aliviar el estado físico, también el bienestar emocional y espiritual (24,30). Así pues, la atención integral es que el paciente tenga una mejor calidad de vida hasta el momento final y mantenerlo en un estado de confort para él y sus familiares, brindando una atención de calidad evitando caer en la obstinación terapéutica (2,26).

### **Percepción**

Percepción es la capacidad que tiene el individuo de formular criterios a partir de la apreciación de los estímulos externos e ideas y experiencias preconcebidas. Las cuales pueden ser físicas, sociales, psicológicas, emocionales (31).



Por lo cual para tener un concepto idóneo de la percepción de una persona podría decirse que ante todo es la incorporación de ideas a partir del entorno durante la existencia de la persona, con el paso del tiempo la información obtenida es deducida y el individuo es capaz de formular conceptos a partir de estas ideas. Finalmente estas percepciones se irán construyendo en base a lo que el investigador desee conocer (31).

### **Aspectos Institucionales**

Este aspecto se relaciona de manera general con varios requerimientos en el área de estudio. Dentro de estos están: la infraestructura del departamento hospitalario, los recursos humanos basados en el número disponible, el equipamiento material basados en la disponibilidad y funcionalidad finalmente la carga horaria (32).

Dentro de los aspectos institucionales se encuentran estas condiciones: Entorno físico lo que comprende: estructura física, equipo de salud, recursos médicos y de oficina, medicinas e insumos farmacéuticos. Además en esta categoría se considera la cantidad y calidad del personal de salud y su cantidad para cumplir la carga horaria laboral (32).

### **Formación y Aprendizaje en CAV**

Según Caraballo et al (33), el aprendizaje es la capacidad que tienen las personas para ampliar los saberes, generan habilidades y actitudes, de manera progresiva, dentro del ambiente profesional, así poder generar conocimientos, interpretar los mismos y compartirlos con el fin de adquirir nuevos conocimientos dentro de un equipo profesional, de esta manera la formación a las demás personas tomara menor tiempo y se podrá exponer lo aprendido con la finalidad de obtener soluciones (33).

### **Experiencia Laboral en Enfermería**

Se trata de las destrezas y procedimientos adquiridos durante los años de labor, además no solo se centra en los años de experiencia sino también se trata de la mejora y reajuste de los conocimientos adquiridos a lo largo de la vida profesional. Al mismo tiempo se enfoca también en aspectos que la enfermera debe llevar presente a lo largo de su vida profesional tal como la razón, empatía y



responsabilidad para así poder lograr un cuidado enfermero de calidad basado en el paciente como ser humano y centro de este cuidado (34).

### **Interrelación Familia-Paciente**

Por otro lado, la familia no deja de ser importante ante el profesional de Enfermería y la relación que el enfermero o enfermera tenga con la misma es un aspecto importante. Se puede señalar que cada familia es única con costumbres e ideologías propias, al empatizar el profesional con el usuario y familia logra comprender estos aspectos desarrollando un plan de cuidados integral basado en la realidad del paciente y su familia. En fin, este vínculo puede llegar a ser positivo o negativo (35).

### **Afrontamiento**

Hablamos de afrontamiento a la manera en la que la persona trata con las exigencias que enfrenta (en este caso en esta área hospitalaria) y los medios que posee o es posible de poseer, lo que resulta en una situación de estrés para el sujeto. Al enfrentarse a este escenario las maneras de afrontarlo son diferentes pudiendo no encontrar la solución y en algunos casos cambiando la percepción que compromete el bienestar emocional del sujeto (36).

### **Relación Laboral entre Profesionales**

Hablamos de relación laboral a la situación en donde se tratan cuestiones de cuidados y atención de calidad para el paciente, aquí influye el nivel de formación, las decisiones del equipo de salud en bien del paciente. Finalmente, se trata del ambiente y el nivel de cordialidad y respeto que posean los profesionales entre ellos sin alejarse de los conocimientos y actitudes que estos poseen para el bienestar del usuario (37).



## **CAPÍTULO III**

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Analizar la Percepción del Personal Profesional de Enfermería del Área de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso sobre cuidados al final de la vida, Cuenca 2020.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conocer las percepciones del personal de Enfermería en relación a: experiencia con pacientes en estado terminal, criterios importantes del cuidado del paciente, formación académica obtenida, educación adicional en CAV, capacitaciones dentro de Clínica y afrontamiento emocional.
- Identificar las principales problemáticas para ejecutar CAV relacionados a: destreza laboral obtenida en clínica, vinculo del profesional enfermero (a) con el paciente y con la familia, recursos humanos y materiales, infraestructura y equipos de clínica, correlación laboral entre el personal de salud.
- Definir los CAV según conocimientos existentes y apreciación personal con los cuidados.



## **CAPÍTULO IV**

### **4.1 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO GENERAL**

Se realizó un estudio descriptivo con enfoque cualitativo con diseño fenomenológico. La técnica que se usó para la recolección de información fue la entrevista semiestructurada que se aplicó a los 10 profesionales de Enfermería que laboran en el área de Clínica durante los meses de marzo y mayo 2020. La entrevista semiestructurada es la adecuada para la metodología cualitativa. La entrevista tiene categorías con las que logramos obtener el principio de saturación teórica para posteriormente codificar.

### **4.2 ÁREA DE ESTUDIO**

El estudio se ejecutó en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el área de Clínica, Cuenca.

### **4.3 POBLACIÓN O UNIVERSO**

Se incluyeron 10 profesionales que laboran en el área de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso. El tipo de muestreo que se aplicó para el estudio es el de Opináticos ya que son experiencias propias de los profesionales de Enfermería.

### **4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

#### **4.4.1 Criterios de inclusión**

1. Enfermeros/as que hayan participado en el cuidado directo de pacientes agonizantes.
2. Enfermeros/as que acepten participar en la investigación y firmen el consentimiento informado.
3. Enfermeros/as que tengan más de cinco meses de experiencia en el área de Clínica de esta institución.





#### 4.4.2 Criterios de exclusión

1. Estudiantes, internos y personal auxiliar de Enfermería.
2. Enfermeros/as que han pasado por el fallecimiento de una persona cercana en los últimos 6 meses.

#### 4.5 CATEGORIZACIÓN

Categoría Deductiva	Definición	Pregunta	Códigos
<b>Percepción</b>	Experiencias u opiniones vertidas por el profesional acerca del tema de investigación.	<ol style="list-style-type: none"><li>1. En su Profesión, como enfermero(a) ¿cómo es su vivencia o experiencia, en cuanto al cuidado a los pacientes en estado terminal?</li><li>2. ¿Cuáles son las manifestaciones de un paciente que requiere CAV?</li><li>3. ¿Qué factor es el más importante para poder brindar un cuidado correcto al Paciente en estado terminal?</li></ol>	PER

Fuente: Autores

Elaborado por: Autores



<b>Aspectos Institucionales</b>	Infraestructura de la unidad en que se labora, equipamiento y materiales y carga horaria laboral.	<ol style="list-style-type: none"><li>1. ¿Qué papel desempeña el área de Clínica en la Institución?</li><li>2. ¿Qué piensa del equipamiento y material del área para brindar Cuidados al Final de la Vida?</li><li>3. ¿Es necesario que se implementen protocolos de Cuidados al Final de la Vida en el área de Clínica, que aspectos considera necesarios contemplar dentro del mismo?</li><li>4. Las horas de trabajo establecidas ¿cómo influyen en brindar CAV adecuados para el paciente?</li></ol>	ASP-INST.
<b>Formación y aprendizaje en CAV</b>	Conocimientos académicos obtenidos y formación teórico – práctica sobre CAV	<ol style="list-style-type: none"><li>1. La formación recibida en su Universidad sobre los Cuidados al Final de la Vida, ¿cómo satisfacen las necesidades de los pacientes?</li><li>2. ¿Qué piensa sobre la existencia de especializaciones o educación</li></ol>	FOR-APR.



		<p>adicional en CAV? 3. ¿Usted participaría de los mismos?</p> <p>4. ¿Cuál es su opinión, acerca de la necesidad de capacitaciones en Cuidado al Final de la Vida dentro del área?</p>	
<b>Experiencia Laboral en el área de Clínica y CAV.</b>	<p>Destrezas y procedimientos adquiridos durante los años de laborar con pacientes en su etapa final de la vida.</p>	<p>En base a su experiencia laboral en Clínica, ¿cómo está preparada para brindar Cuidados al Final de la Vida?</p> <p>¿Cómo puede expresar que tipo de experiencias ha obtenido brindando Cuidados Al final de la Vida en el área?</p>	<p>EXP LAB.</p>
<b>Interrelación Familia - Paciente.</b>	<p>Vinculo positivo o negativo creado por parte del profesional, familia y paciente que influyen para brindar CAV</p>	<p>1. Según su opinión ¿Cómo vive la familia el transcurso de la agonía y la muerte del usuario?</p> <p>2. ¿Cómo influyen los familiares del paciente en la aplicación de los cuidados al final de la vida?</p> <p>3. ¿Ha tenido alguna experiencia negativa con</p>	<p>INT-FAM-PAC</p>



		Familiares del paciente para brindar CAV?	
<b>Afrontamiento</b>	Manifestaciones subjetivas del profesional con un paciente en la etapa final de la vida.	<p>¿Cuáles son sus primeros pensamientos al fallecer un paciente?</p> <p>¿Cuáles son sus apreciaciones al recibir usuarios en su etapa final de la vida?</p> <p>¿Cuáles son sus maneras de afrontar la muerte de un paciente que estuvo a su cuidado y la muerte de un usuario que estuvo a cuidado de otro Profesional?</p>	AFR.
<b>Relación Laboral entre Profesionales</b>	Ambiente en el que se desenvuelven los profesionales del área de Clínica para promover CAV.	<p>1. ¿Cuál y como es el nivel de apoyo de los Profesionales de Enfermería para proveer Cuidados al Final de la Vida?</p> <p>2. ¿Cómo es la integración de la Enfermera con el equipo multidisciplinario para asignar Cuidados al Final de la Vida?</p> <p>3. ¿Expresa con facilidad sus ideas para ofrecer los</p>	REL-LAB-PRO.



		Cuidados al Final de la Vida al Equipo multidisciplinario?	
--	--	---	--

#### **4.6 PROCEDIMIENTO Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Se realizaron los debidos trámites para que la investigación planteada sea aprobada por la Comisión de Proyectos de Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas y el comité de docencia e investigación del hospital Vicente Corral Moscoso, para lo cual se les indico las intenciones del estudio y se les solicito firmar el consentimiento informado (ANEXO 1).

Se trata de un estudio cualitativo con diseño fenomenológico de tipo descriptivo. La técnica utilizada dentro de esta investigación fue la entrevista a profundidad, estudiando cada opinión brindada de los profesionales. El cuestionario aplicado durante la entrevista (Anexo Núm. 2) estuvo orientado de acuerdo a los objetivos del estudio, así se obtuvo la información y fue relevante para la investigación.

#### **4.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS:**

Para el análisis de los datos toda la información obtenida fue separada, se buscó características o propiedades de los datos que tengan una respuesta similar, que se puedan comparar y distinguir las diferencias. Los datos similares se agruparon en un mismo código, planteadas por el investigador.

Los audios con la información obtenida de la entrevista fueron transcritos por el investigador al Software Microsoft Word, para la clasificación de los códigos planteados y los códigos nuevos, se usó el software Atlas Ti.

Se analizó minuciosamente los resultados obtenidos, consiguiendo categorías repetitivas, nos basamos en el proceso de abstracción, valiéndonos del aporte de los memos obtenidos durante la investigación siendo ideas que el investigador considera importantes y también son el resultado de un minucioso análisis de códigos.



Una vez compilados todos los datos estos fueron clasificados en grupos de categorías para después ser analizados en base a su sentido o realidad y otorgarles sentido dentro de la investigación.

Como parte del proceso final, toda la información fue comprendida por el investigador, siendo capaz de construir conocimientos, basados en las opiniones de los participantes que se obtuvo, la información fue descifrada en significados de las citas textuales, para ser expuestos y darlos a conocer. La interpretación del fenómeno estudiado tuvo su base en toda la información o datos obtenidos.

#### **4.8 ASPECTOS ÉTICOS**

Se respetó las reglas de Helsinki para la investigación con seres humanos. No existió riesgo para los pacientes durante la entrevista a profundidad, no se realizó ningún tipo de intervención o procedimiento. Esta investigación respetó los reglamentos bioéticos de confidencialidad dentro de la información y el consentimiento informado. Los datos adquiridos se utilizaron netamente para los propósitos del proyecto. La participación fue libre y voluntaria.



## CAPÍTULO V

### 5. RESULTADOS

Se procede a presentar los resultados obtenidos de la investigación cuyo propósito fue analizar la percepción del personal profesional de enfermería del área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca, sobre cuidados al final de la vida, al año 2020. Los datos fueron obtenidos entre los meses de marzo y mayo. Se realizaron 10 entrevistas a profundidad en los lugares de trabajo y en los domicilios de acuerdo a la disponibilidad de los participantes. No se encontraron obstáculos con la realización de las entrevistas. Para salvaguardar la confidencialidad de los informantes, se utilizaron códigos que representan el orden en el cual se realizaron las entrevistas (Ent.1 = Entrevistado 1 – Ent. 10 = Entrevistado10). Los informantes fueron denominados en este capítulo también como: entrevistados, participantes o profesionales del área de clínica. Los resultados fueron ordenados en base a las categorías deductivas que se presentaron en el punto 4.5 del capítulo anterior: percepción, aspectos institucionales, formación y aprendizaje en CAV, experiencia laboral en el área de clínica y CAV, interrelación familia – paciente, afrontamiento y relación laboral entre profesionales. Al final de cada categoría se encuentra una red semántica elaborada en el software Atlas ti con representación de citas de los informantes.

#### 5.1 Percepción

La experiencia para los profesionales del área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso fue un factor muy importante. Al describirla, lo hicieron con doble perspectiva, por un lado, la perspectiva humana, la cual fue caracterizada como dolorosa, triste, que produce el sentimiento de impotencia, por el hecho de ver morir a un paciente y; por otro lado, la perspectiva profesional, la cual fue caracterizada como gratificante o enriquecedora por haber tenido la oportunidad de asistir con una buena muerte.



“vivir la agonía de otras personas hace que uno como ser humano también experimente el dolor a pesar de no haber un lazo consanguíneo” Ent.1.

“triste por ver a un paciente agonizando con cada una de las fases que esto implica lo cual es agobiante. Enriquecedora porque esto demuestra que enfermería no solo basa sus cuidados en rehabilitación y curación, sino que también estamos presentes y somos fundamentales en la agonía y deceso de un paciente” Ent. 7.

El tipo de trabajo realizado con pacientes en estado terminal, de acuerdo a algunos informantes, se vuelve parte del ser, genera un cambio, pues manifestaron aprendizajes importantes, fortaleza y satisfacción.

“es duro, doloroso pero necesario para aprender a ser fuertes ante estas situaciones” Ent. 5.

“Sin duda son experiencias que incluso personalmente generan un cambio ya sea al sentirse bien de haber podido satisfacer las necesidades del paciente y ayudarlo a conllevar su situación o genera sentimientos de impotencia el no poder dar más de nosotros” Ent. 9.

De acuerdo con la mayoría de los entrevistados, la experiencia se adquiere con la práctica y con los años de servicio y la consideraron fundamental, pues es uno de los factores que contribuyen con la calidad de los cuidados a pacientes en estado terminal.

“con la experiencia se va tomando en consideración el tipo de cuidado a brindar en estos pacientes” Ent. 1.

“la experiencia de brindar estos cuidados va mejorando la calidad de los mismos” Ent. 2.

“Las experiencias me han ayudado con la empatía y a mejorar los cuidados” Ent. 6.





De acuerdo con los participantes de la investigación, las manifestaciones de los pacientes con necesidades de cuidados al final de la vida fueron muchos entre físicos y emocionales. Se distinguieron entre los físicos: alteraciones en los signos vitales, alteraciones del estado de la conciencia, disnea, dificultad para la ingesta, limitaciones en la movilización y dolor; mientras que entre los emocionales se distinguieron: angustia, desesperación, apatía, miedo o temor.

“El paciente puede presentar apatía, pérdida de conciencia, no desempeña las actividades básicas, fatiga, dolor entre otros síntomas” Ent. 2.

“Dentro de las manifestaciones clínicas son la alteración del estado de conciencia, alteraciones en los signos vitales, pérdida de la comunicación, apatía, incapacidad para satisfacer sus necesidades básicas” Ent. 3.

“puede presentar entre otros síntomas; pérdida de la conciencia, dependiente de cuidados para suplir sus demandas, molestias y dolor severo” Ent. 7.

Solo una de las informantes mencionó como una de las manifestaciones del paciente en estado terminal al diagnóstico médico.

“El principal sería el diagnóstico de una enfermedad terminal, y la incapacidad de realizar las actividades básicas de manera independiente” Ent. 4.

Las opiniones de los participantes de la investigación respecto a los factores más importantes para el cuidado de los pacientes en estado terminal fueron diversas; se observaron factores cognitivos profesionales y humanitarios principalmente. El alivio del dolor y disminución de los síntomas fue el más frecuente, que se relacionó con los conocimientos de la profesión y la experiencia; mientras que, en los humanitarios se mencionaron la empatía, consuelo y paz, cubriendo las necesidades espirituales y emocionales de los pacientes y sus familias.



“Brindarles consuelo y paz, aliviar el dolor y los síntomas que presente el paciente” Ent. 2.

“Creo que el cuidado humanitario enfocándose en aliviar su dolor y ayudarlo a satisfacer sus necesidades básicas sin descuidar la parte espiritual y emocional del paciente” Ent. 3.

“A mi parecer la empatía, el ponerse en los zapatos de la persona que se encuentra en esa situación, como quisiéramos que nos trataran a nosotros, y así brindar ese bienestar físico, emocional y espiritual para tener éxito, en el alivio del paciente” Ent. 6.

“La ética y el sentido humanístico porque antes de realizar cualquier procedimiento debemos pensar que en el mismo lugar posiblemente se encuentre un familiar de nosotros y tenemos que hacer que el cuidado sea el mejor” Ent. 8.

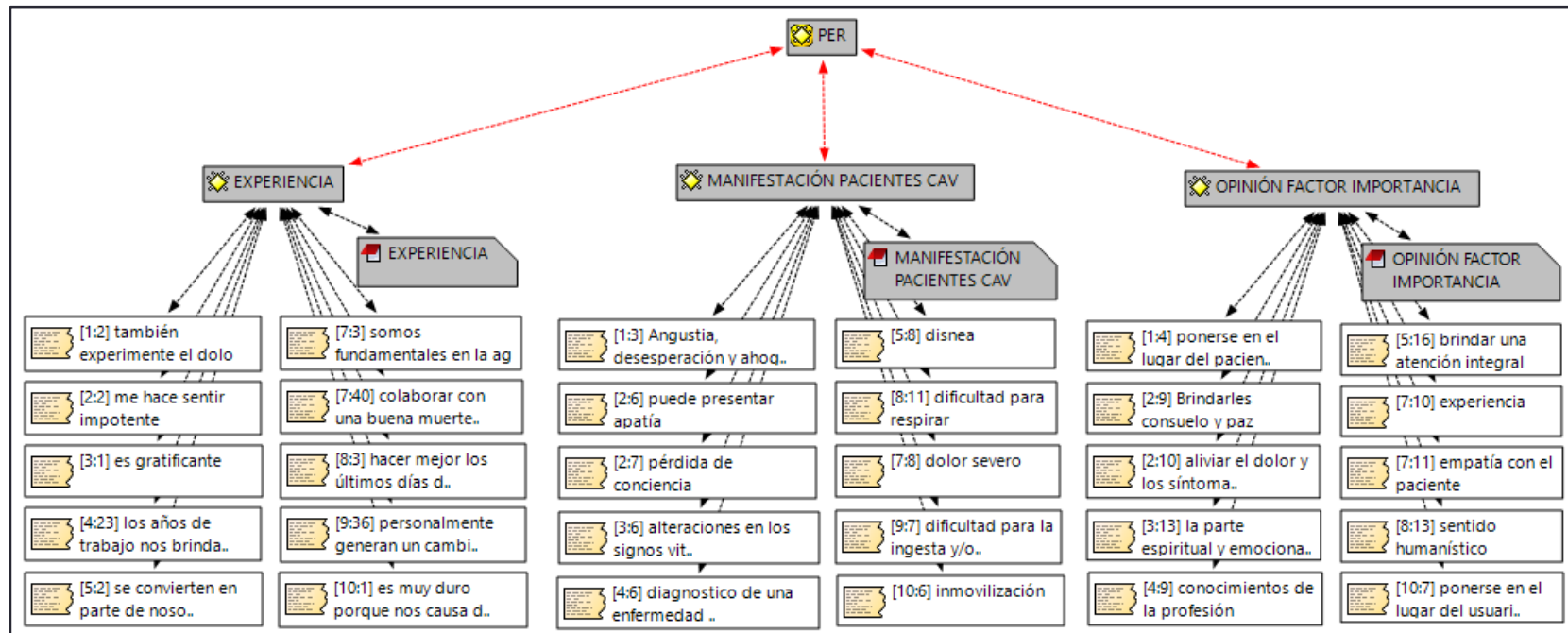
El factor que englobó los anteriores fue la atención integral al paciente en estado terminal.

“estar pendiente y planificar los cuidados integrales de mejor calidad y que sean autónomos” Ent. 4.

“Empatía, humanidad y conocimiento esta combinación permite al profesional de la salud brindar una atención integral al paciente en este estado” Ent. 5.



### Red 1. PER



Fuente: Entrevistados

Elaboración: Jonnathan Durán, Jessica Gonzaga.



## 5.2 Aspectos Institucionales

Las percepciones de los profesionales de enfermería, respecto al área de clínica, consideraron su funcionalidad como muy importante y fundamental en el hospital. Distinguieron algunos aspectos relacionados a los pacientes (cantidad y tipos), a las patologías (simples, complejas, terminales), y a los estados de salud (estables y críticos).

“se trabaja con todo tipo de pacientes y patologías desde simples hasta complicadas. Considero que desempeña un papel fundamental dentro del Hospital” Ent. 2.

“en especial Clínica se trata con usuarios estables y complicados” Ent. 3

“Es un área especialmente crítica, ya que no solo están pacientes estables, sino también pacientes en estado terminal” Ent. 4.

“Es un área muy importante donde brindamos atención integral al adulto con diferentes tipos de patologías y comorbilidades” Ent. 6.

“Clínica es un área en donde se trabaja con pacientes en diferentes estados de salud” Ent. 7.

“Es un área importante y fundamental porque aquí se trata a pacientes con todo tipo de patologías y muchas veces necesitando estos cuidados” Ent. 10.

Los profesionales del área de clínica consideraron que un protocolo de atención a pacientes en fase terminal en esta área sería sumamente importante y fundamental a fin de garantizar un servicio con calidad. Entre algunos de los temas que recomendaron para el protocolo de CAV debería contener los siguientes: cuidados específicos, seguridad del paciente en cuidados y uso de medicamentos, aspectos clínicos, aspectos éticos, terapias de apoyo al paciente y técnicas de apoyo emocional paciente y familia.

“Sí es algo sumamente importante, debería fijar cuidados específicos para usuarios, técnicas de apoyo para la familia y el usuario” Ent. 1.



“...se necesita de un protocolo que se enfoque en la evolución del dolor, los aspectos emocionales del paciente y la familia” Ent. 3.

“debería abarcar la ética profesional al brindar los cuidados al final de la vida, cuidados directos al usuario en este estado y por último técnicas de apoyo emocional para el usuario y familia” Ent. 4.

“Sí se debería crear protocolos y contemplar dentro de los mismos aspectos de manejo tanto clínico como emocionales y sociales” Ent. 9.

Respecto a la carga horaria, no existió un criterio común sobre la conformidad o no; si bien es cierto, la mayoría de los informantes consideraron que el tiempo es corto o limitado para brindar un cuidado óptimo a los pacientes, manifestaron que gran parte de los cuidados con calidad depende de otros factores asociados como la organización del tiempo, la planificación de actividades, la cantidad de pacientes, otras actividades encomendadas y la cantidad de personal a cargo. De acuerdo con algunos informantes el tiempo con el cual cuentan en la actividad de cuidado a los pacientes en estado terminal, les ayuda a cubrir las necesidades básicas y, por lo tanto, el tiempo no siempre sule a satisfacción.

“En muchas ocasiones el tiempo es limitado para brindar los cuidados al cien por ciento, pero también depende de la organización y la manera más eficiente para realizar los mismos” Ent. 4.

“Es algo de todos los días, uno aprende a medirse en el tiempo organizando todas las actividades planificadas para el día en el tiempo establecido, claro que la mayoría de veces nos falta tiempo, pero tratamos de cumplir todo con atención de calidad” Ent. 6.

“...la experiencia me ayuda a poder abarcar los cuidados y necesidades de los pacientes en las horas establecidas” Ent. 7.

La percepción de los enfermeros y enfermeras participantes de la investigación respecto al equipamiento y material destinado a los cuidados de pacientes en



estado terminal, fue que estos son deficientes, se encuentran en malas condiciones, son básicos e incompletos. Sin embargo, existió la conciencia de que el presupuesto del Estado no es suficiente para suplir esta necesidad, por lo que manifestaron que han desarrollado la capacidad de trabajar y adecuarse a los recursos disponibles.

“...el presupuesto del Estado para la salud ha disminuido y todo esto se demuestra con el déficit de equipos e insumos” Ent. 1.

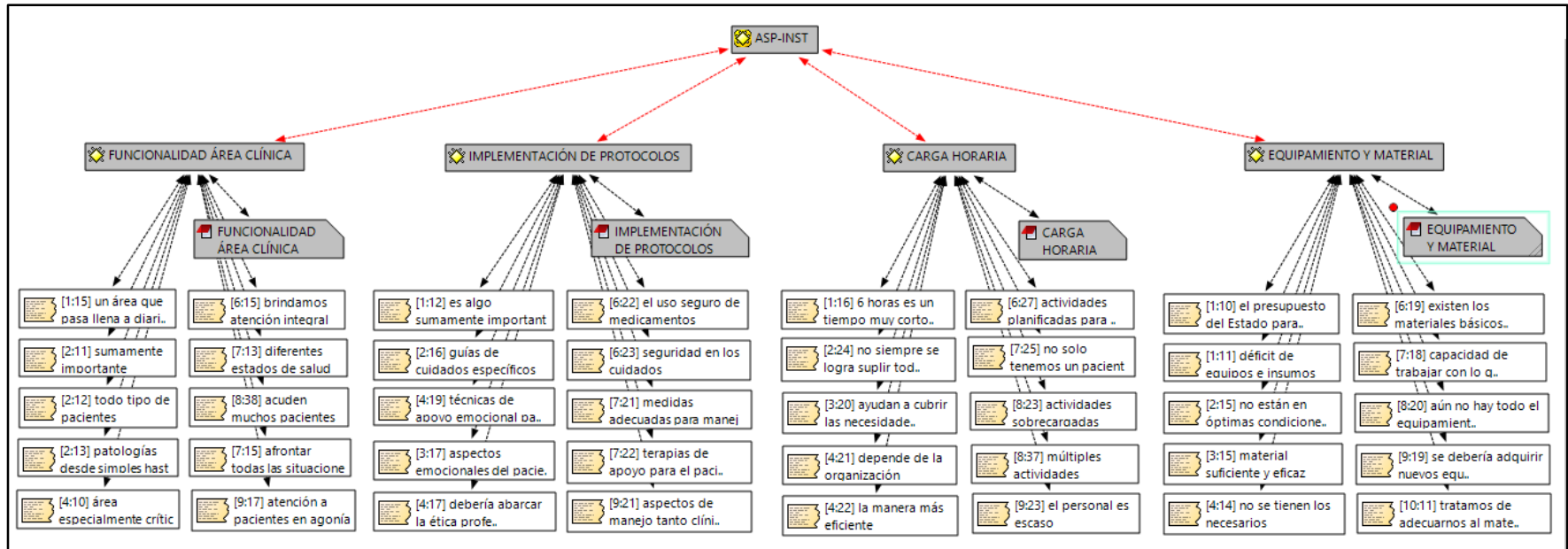
“...existe lo necesario, en cuanto a los equipamientos, puede que algunos sean antiguos o defectuosos, pero tenemos la capacidad de trabajar con lo que se posea para lograr el bienestar del paciente” Ent. 7.

Solo un profesional consideró que el material disponible era suficiente y eficaz para cumplir con el propósito del cuidado a pacientes en estado terminal.

“Me parece el material suficiente y eficaz ya que lo principal es poder brindar alivio del dolor y un cuidado solidario, emocional y humanitario” Ent. 3.



## Red 2. ASP-INST



Fuente: Entrevistados

Elaboración: Jonnathan Durán, Jessica Gonzaga



### 5.3 Formación y aprendizaje en CAV

Los profesionales que participaron en la investigación, consideraron que entre la formación universitaria y la práctica profesional hay una brecha, pues la formación les ha permitido conocer las bases principales de los cuidados, la teoría les sirvió basados en cuidados paliativos y la consideraron importante, pero afirmaron que en la práctica y en la cotidianidad de los cuidados a pacientes en fase terminal, es limitada, pues no se ha profundizado en cuidados al final de la vida.

“Nos dan las bases principales de los cuidados necesarios para aliviar el dolor, sin embargo, de la teoría a la práctica es totalmente diferente y no logran satisfacer todas las demandas existentes en el diario” Ent. 2.

“En la Universidad nos indican todo teóricamente claro que son bases muy importantes, pero cuando somos profesionales, la práctica es muy diferente hay nuevas cosas que aprender día a día. Las educaciones teóricas no satisfacen las necesidades de los pacientes” Ent. 8.

“...la experiencia que se adquiere día a día es lo que complementa lo obtenido en la Universidad, sin embargo, considero que la educación en estos cuidados debe ser más específica y extensa” Ent. 10.

Para los profesionales, la especialización de enfermeros y enfermeras del área de clínica en cuidados a pacientes en estado terminal, sería sumamente importante y fundamental. No tuvieron dudas en manifestar su deseo de participar en una especialización de este tipo. Las motivaciones en participar de una especialización se direccionaron hacia mejorar y actualizar los conocimientos, adquirir fundamentos científicos, ser mejores profesionales, con el fin de brindar cuidados con calidad a los pacientes.

“Creo que son especializaciones que todo enfermero o enfermera debe tomar y nuestra área debe brindar continuamente actualizaciones a sus





profesionales” Ent. 3.

“Es importante un conocimiento avanzado sobre el tema que permita que los profesionales de la salud manejemos de mejor manera estas situaciones” Ent. 5.

“Por supuesto que participaría, en verdad se necesita enfermeras especializadas en cuidados al final de la vida” Ent. 6.

“Todo avance en la rama de enfermería es buena para que no sea de manera empírica sino realizar actividades con fundamento científico” Ent. 8.

Al igual que la percepción respecto a la especialización en cuidados a pacientes en estado terminal, los informantes consideraron que la capacitación es importante e indispensable, que esta debe ser focalizada en temas de acuerdo a las exigencias de su labor en el área de clínica, además debe ser continua y extensa, con el mismo fin, es decir, actualizar los conocimientos y mejorar en calidad la atención a los pacientes. Una de las informantes, mencionó la necesidad de actualización de conocimientos conforme el desarrollo tecnológico avanza, afirmando que la tecnología es un “complemento fundamental en el cuidado directo del paciente” Ent. 4.

“...sería muy importante adquirir nuevos conocimientos mediante protocolos, discursos o capacitación personal, de esta manera estar más preparado al momento de brindar los cuidados al paciente” Ent. 2.

“Es necesario tener al personal capacitado periódicamente, mejorando así la calidad de atención” Ent. 5.

“Es de suma importancia el tener actualización o educación en estos cuidados especialmente en un departamento como este” Ent. 10.

De acuerdo a los relatos de los profesionales del área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, la satisfacción de los pacientes y usuarios no está directamente vinculada al profesionalismo, a la capacidad de las enfermeras o los enfermeros y a los cuidados proporcionados; manifestaron que mayormente hay insatisfacción en



los usuarios, pues han observado actitudes de parte de los familiares tales como reclamos, exigencias y menosprecio hacia el trabajo realizado, aunque los profesionales justifican este hecho por la misma situación; es decir, comprenden que tener a un familiar en estado terminal puede producir esas actitudes, ya que la mayoría de los familiares no aceptan la muerte del paciente y de hecho, esperan el restablecimiento de la salud.

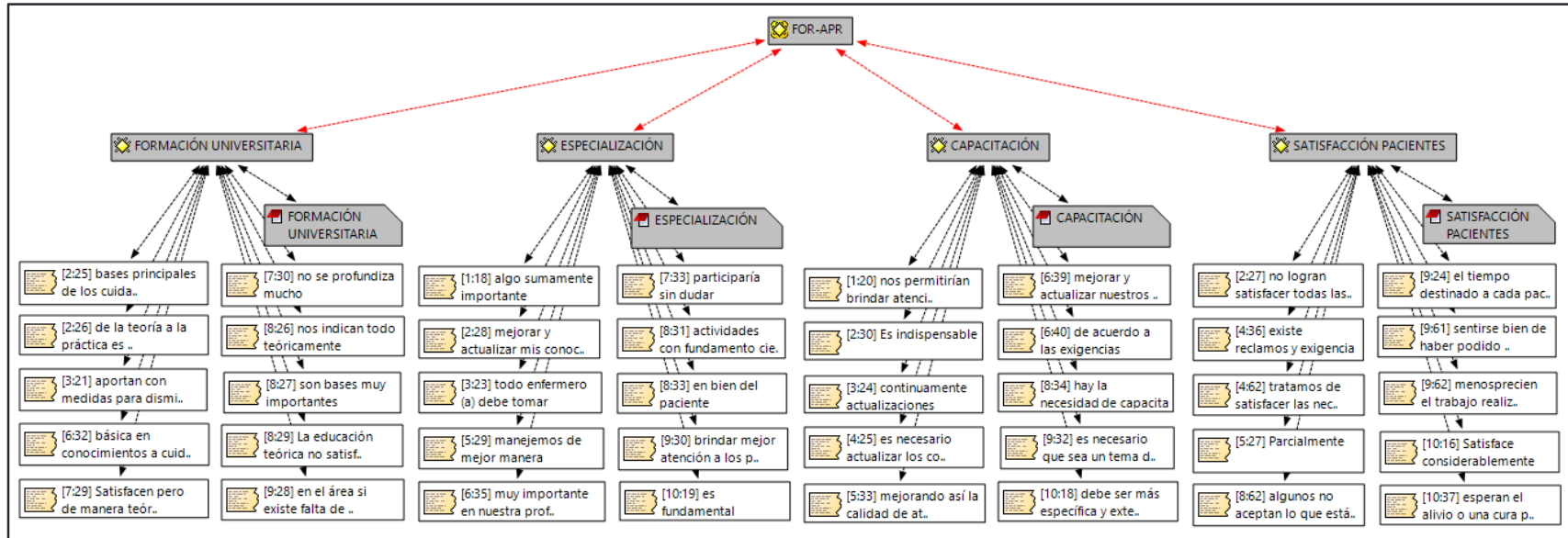
“...hay algunos casos en los que no hay la colaboración, en cambio existe reclamos y exigencias hacia los profesionales de salud” Ent. 4.

“...la familia sufre mucho al ver a un ser querido en la etapa terminal, algunos no aceptan lo que está por pasar y eso es frustrante” Ent. 8.

“...menosprecien el trabajo realizado y critiquen nuestra profesión y los cuidados brindados” Ent. 9.



### Red 3. FOR-APR



Fuente: Entrevistados

Elaboración: Jonnathan Durán, Jessica Gonzaga



#### 5.4 Experiencia laboral en el área de clínica y CAV

Los profesionales del área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso consideraron que se encuentran preparados para brindar los cuidados necesarios, afirmaron conocer algunas técnicas, aseguraron haber desarrollado el trabajo en equipo, a más de tener la capacidad de trabajar con los recursos disponibles y de laborar en múltiples actividades simultáneamente; sin embargo, algunos participantes refirieron no encontrarse preparados y preparadas manifestando la necesidad de mejorar.

“Creo que estoy preparada en algunos ámbitos entre estos son: el acompañamiento, alivio del dolor y medidas de confort, pero siempre hay que mejorar” Ent. 1.

“En un cincuenta por ciento, no soy especialista en cuidados al final de la vida ¡claro que tengo los conocimientos con respecto al tema! pero creo que constantemente hay que actualizarse con capacitaciones, para no solo enfocarnos en lo físico, sino en lo emocional que es lo más importante para el paciente” Ent. 6.

“Yo pienso que no estoy preparada al cien por ciento porque cada paciente es diferente y las múltiples actividades que realizamos me impiden poder mejorar estos cuidados” Ent. 8.

Al hablar de procedimientos adquiridos, los participantes de la investigación no hablaron de un procedimiento concreto específico, se enfocaron en actividades de cuidados, acompañamiento, y sobre todo en minimizar los síntomas y disminuir el dolor del paciente. Cabe señalar que la forma de expresarse en tercera persona plural (debemos, proveemos, nos enfocamos), determinó el trabajo en equipo y el desarrollo de actividades compartidas.

“en esta etapa nos enfocamos en el alivio del dolor, disminución de ansiedad entre otros” Ent. 1.



“...lo que debemos contemplar es la seguridad del paciente, el uso seguro de medicamentos, seguridad en los cuidados y procedimientos” Ent. 6.

“...enfermería es una profesión con sentido humanístico, no solo se basa en el hecho de realizar cuidados técnicos sino en el acompañamiento al final de vida en hacer mejor los últimos días de una persona más llevaderos” Ent. 8.

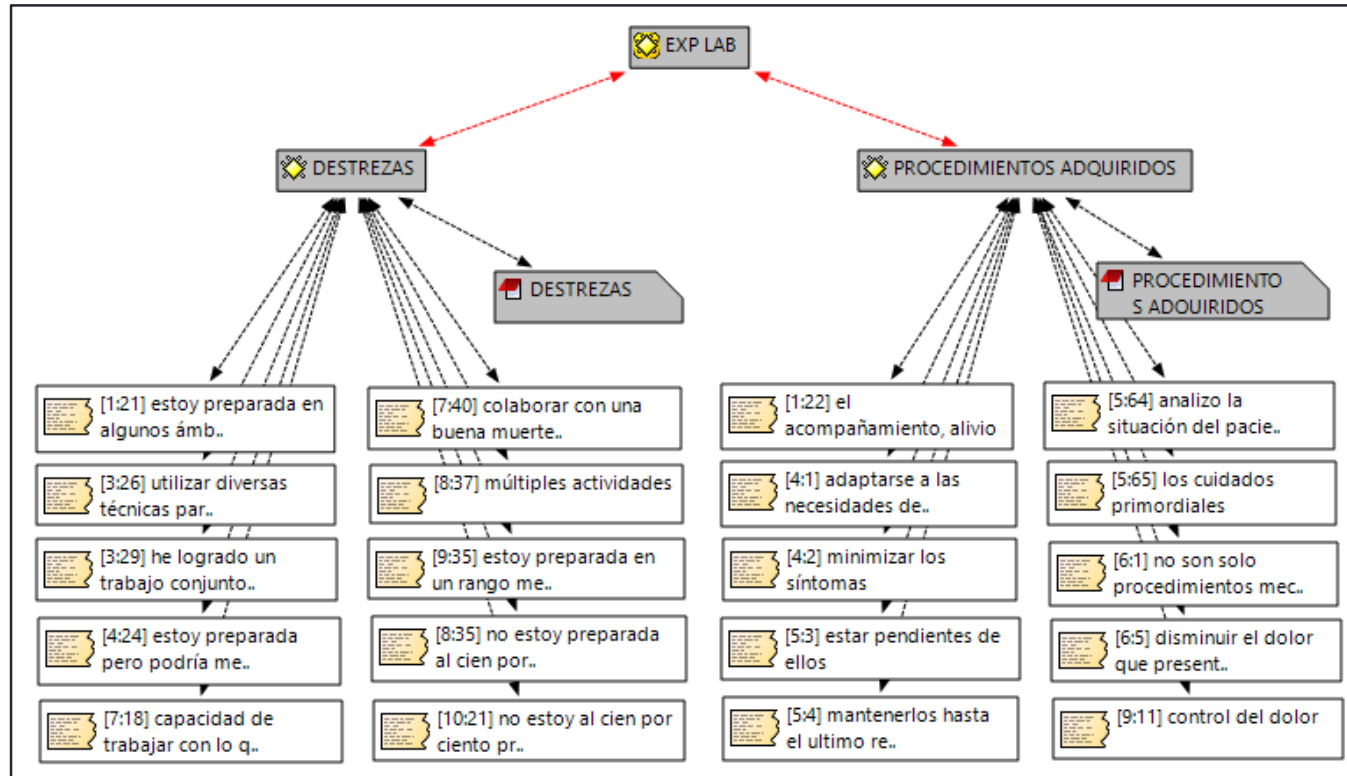
Relacionado con las destrezas adquiridas se observaron el uso de técnicas de cuidado y procedimientos no mecánicos, las destrezas se relacionaron además con los valores o principios como la empatía, las relaciones humanas, y el buen trato.

“he logrado un trabajo conjunto con la familia y se ha aliviado el dolor del paciente” Ent. 3.

“El cuidado es la base de nuestra profesión, no son solo procedimientos mecánicos como brindar una medicación, es ponerme en el lugar del paciente y su familia, Enfermería tiene una relación muy cercana con el paciente, el objetivo es que, durante este periodo, la enfermedad sea más llevadera, claro que es una experiencia dolorosa, pero trato que el paciente este aliviado y más que nada disminuir el dolor que presente” Ent. 6



### Red 4. EXP LAB



Fuente: Entrevistados

Elaboración: Jonnathan Durán, Jessica Gonzaga



## 5.5 Interrelación Familia - Paciente

La percepción de los profesionales del área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, respecto a la familia del paciente, denotó los sentimientos en torno a la situación (dolor, tristeza, impotencia, enojo). Los profesionales consideraron que la mayoría de los familiares, esperan que la situación de salud del paciente se revierta (cura o alivio); sin embargo, también manifestaron casos en los cuales algunos familiares esperaban el deceso por considerar al paciente como un tipo de carga.

“Sí, una ocasión hubo familiares que se alegraron por el deceso de un paciente y argumentaron que así ya no molesta a nadie” Ent. 1.

“Talvez cuando la familia no desea que el usuario sea partícipe de los CAV porque tienen la esperanza de que se recuperará” Ent. 2.

“... la que más recuerdo fue en la que los hijos querían que su madre falleciera lo más pronto posible porque para ellos era una carga económica” Ent. 4.

“... el hecho de que familiares llevados de la impotencia y el no poder comprender la situación me pidan a gritos que revierta el estado del paciente y genere mejoría en su salud” Ent. 9.

Hubo percepciones en los participantes respecto a la familia relacionadas con la experiencia en la colaboración, manifestaron que algunos lo hacen y otros no. De acuerdo con los discursos, la colaboración familiar es un factor muy importante en el área de clínica, sobre todo en la participación de las actividades, el acompañamiento emocional al paciente, en el asentimiento de cuidados o terapias y en la manifestación de algunas actitudes; pues los profesionales mencionaron la discreción y cautela al tratar de que el paciente no note los sentimientos de los familiares a fin de salvaguardar el estado emocional del paciente. Los profesionales consideraron a los familiares del paciente en estado terminal como usuarios de los servicios por ellos prestados en el sentido de brindarles información y apoyo emocional.



“Esta es una etapa muy dolorosa para la familia, es estresante para ellos se les hace muy difícil aceptar la realidad” Ent. 1.

“Pues la impotencia y la tristeza son los sentimientos más notorios de los familiares, pero siempre se trata de que el paciente no lo note y no influya en él, ni en su entorno en la última etapa de vida” Ent. 4.

“No me enfoco solo en el paciente, sino en quienes se encuentran alrededor de él, hablando con ellos brindando un apoyo emocional, explicándoles todo al respecto de las etapas de la enfermedad del paciente y las del duelo. Es difícil controlar los sentimientos la familia pasa por sentimientos de culpa, temor, angustia” Ent. 6.

La opinión de los informantes respecto a la influencia de la familia en los cuidados al paciente con enfermedad terminal fue mayormente positiva. Mencionaron que los familiares participan en los cuidados, colaboran con las actividades relacionadas, y ejercen influencia sobre el paciente haciéndolos sentir mejor, convenciéndolos de recibir algún tipo de terapia o medicamento o el hecho de brindar el acompañamiento. Se mencionó el vínculo sanguíneo y emocional que al parecer es un factor importante en este proceso en beneficio del paciente en estado terminal, así como también se mencionaron casos en los cuales el paciente no contó con la presencia de familiares en el área de estudio.

“Influyen en ocasiones, hay pacientes que viven diariamente el dolor con su familiar y participan en estos cuidados, en otras ocasiones no hay nadie que responda o se interese en la agonía del paciente” Ent. 1.

“De manera positiva, con su presencia ayudan a brindar atención al paciente y satisfacer sus necesidades ya que tienen un vínculo sanguíneo y emocional con sus familiares” Ent. 3.

“Los familiares influyen mucho ya que eso ayuda al paciente a sentirse más seguro y no solo. Además de que muchas veces son los familiares los que





convencen al paciente a participar de estos cuidados” Ent. 6.

“Sin duda ciertos familiares se convierten incluso en un apoyo para el personal de salud al estar pendientes de su familiar y ayudar en la adquisición de insumos que permiten el mejor manejo y garantía de una atención de calidad, además de realizar el papel de acompañamiento y apoyo para su ser querido” Ent. 9.

A pesar de que la mayoría de los informantes manifestaron que la influencia de la familia en los cuidados al paciente en estado terminal era positiva, respecto a la interrelación con ellos, se observaron hechos negativos pues algunos familiares han cuestionado la calidad del trabajo y el profesionalismo de las enfermeras y enfermeros respecto al cuidado del paciente familiar. Las actitudes de los familiares expresadas en forma de reclamos, exigencias e incluso malos tratos, provocaron estrés, presión y fueron de obstáculo para el desarrollo de las actividades regulares de cuidado para los enfermeros y enfermeras del área de clínica del hospital. Sin embargo, manifestaron que la comunicación y la educación han sido factores clave para solucionar las dificultades o problemas suscitados.

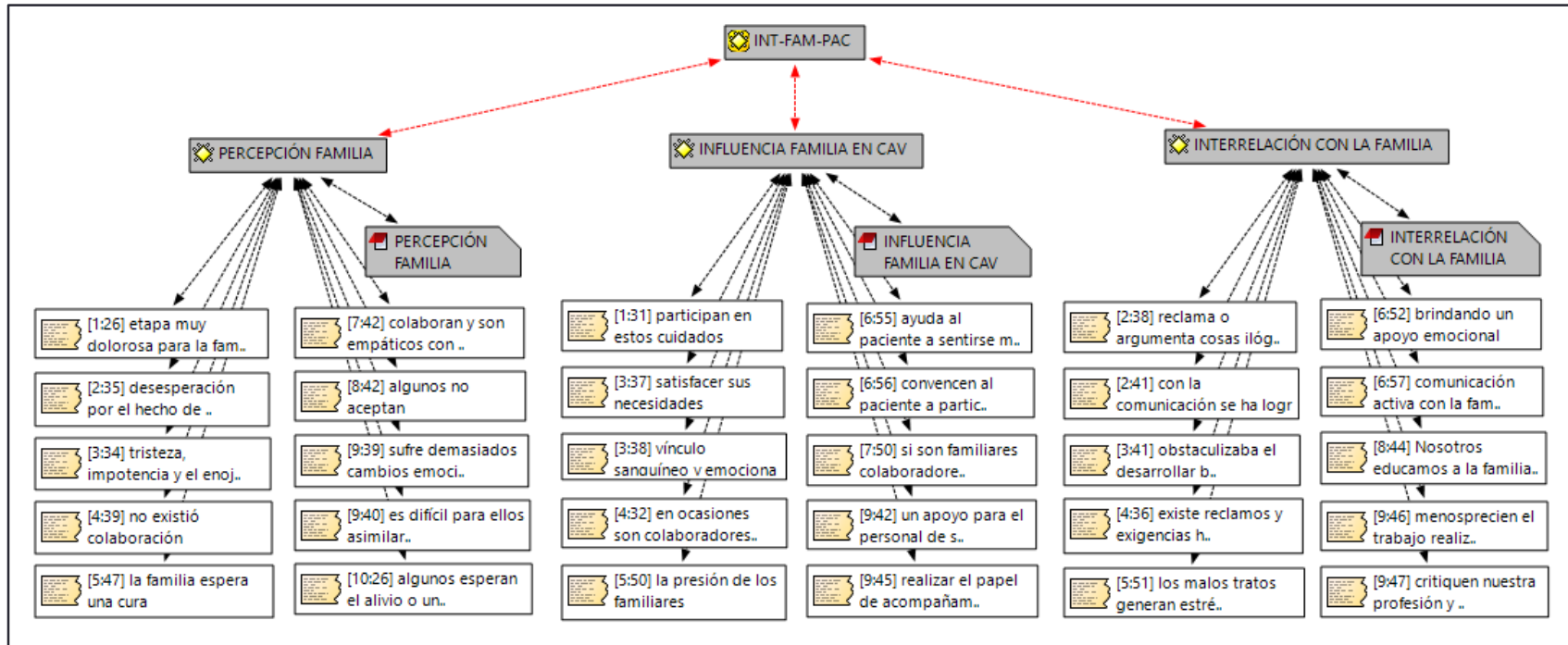
“Talvez cuando la familia no desea que el usuario sea partícipe de los cuidados porque tienen la esperanza de que se recuperará (...) con la comunicación se ha logrado solucionar algunos de estos problemas” Ent. 2.

“...la presión de los familiares, en ocasiones los malos tratos, generan estrés y desesperación en el personal; sin embargo, a pesar de estos obstáculos enfermería no se desvía de su objetivo principal, el confort del paciente” Ent. 5.

“...el hecho de que familiares llevados de la impotencia y el no poder comprender la situación me pidan a gritos que revierta el estado del paciente y genere mejoría en su salud, menosprecien el trabajo realizado y critiquen nuestra profesión y los cuidados brindados” Ent. 9.



### Red 5. INT-FAM-PAC



Fuente: Entrevistados

Elaboración: Jonnathan Durán, Jessica Gonzaga



## 5.6 Afrontamiento

La manera de los profesionales de enfermería del área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso de afrontar la muerte de un paciente se vio reflejada desde el momento de recibir usuarios con diagnóstico de una enfermedad terminal o con manifestaciones de la misma hasta el momento que la muerte ocurre. En primer lugar, al recibir usuarios terminales, los informantes refirieron que el aspecto profesional determinó su actitud y el procedimiento que continuó, la calidad de los cuidados fue una constante o parámetro en los discursos de estos profesionales. Al recibir a un paciente en ese estado, se denotó la importancia de los conocimientos y de la capacidad; algunas de las primeras y principales actividades al momento de recibir a los pacientes en estado terminal, fueron la evaluación y planificación de los cuidados personalizados.

“Primeramente realizo una observación y evolución del paciente para poder planificar los cuidados en los que me enfocaré” Ent. 3.

“Pues yo creo que como profesional estoy abierta a todas las posibilidades y pues si tengo que cuidar a un paciente en su última etapa de vida la hago con toda la energía, empatía y mayor profesionalismo como en cualquier otra circunstancia” Ent. 4.

“Es difícil ver a una persona en etapa terminal, pero esa es nuestra profesión ayudar a que sea digna su partida e inmediatamente analizo y valoro al paciente para poder planificar los cuidados a realizar” Ent. 8.

En segundo lugar, de acuerdo a los participantes de la investigación, luego del deceso del paciente, la manera de afrontarlo se reflejó en los primeros pensamientos, los cuales abarcaron varios aspectos, uno de ellos fue el aspecto profesional, manifestaron haber reflexionado sobre la calidad del servicio entregado y el trabajo en equipo; otro aspecto fue el psicosocial y afectivo, los profesionales pensaron empáticamente en los familiares que sufrieron la pérdida; y finalmente,



otro aspecto fue el filosófico - espiritual, reflexionaron sobre la vida y la muerte como la etapa final de un ciclo y sobre el descanso eterno del paciente.

“Pienso en los familiares, tratar de entender su dolor emocional y las consecuencias en las que este traerá como reclamos o parecidos. También pienso en mí y en mi equipo de trabajo en que hicimos todo por el paciente, pero son cosas que lamentablemente suceden” Ent. 2.

“pienso de inmediato que hice todas las cosas que estuvieron a mi alcance porque sé que así fue” Ent. 3.

“Yo pienso primeramente que se dio todo lo que estuvo a nuestro alcance, se siente impotencia porque muchas veces se empatiza con la mayoría de los pacientes. Pienso que se brindó los cuidados óptimos y que se logró una buena muerte” Ent. 7.

“Que su vida llegó a término y sin duda descansará del dolor y sufrimiento que representaba” Ent. 9.

En tercer lugar, la forma de afrontar la muerte de un paciente, de acuerdo con los informantes, se presentaron como etapas o momentos y fueron: aceptación del hecho, comprensión de la situación del paciente, socialización o diálogo con los pares, la transmisión de pensamientos positivos, la aplicación de técnicas espirituales como la meditación y la oración. Estas formas fueron mayormente comunes, y se aplicaron tanto en el caso de pérdida de un paciente a cargo, como en el caso de la pérdida del paciente a cargo del compañero de trabajo.

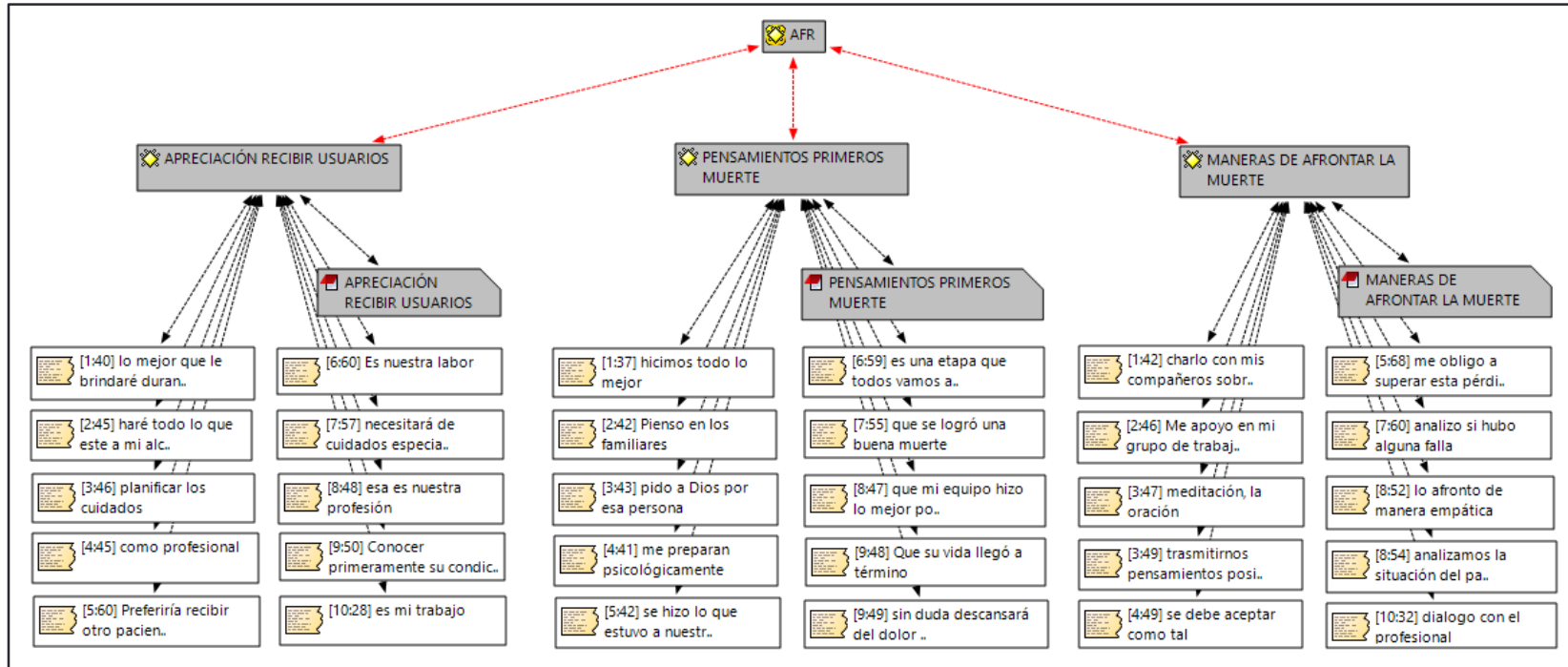
“Lo afronto primero analizando la situación del paciente, el trabajo que yo realicé por él, charlo con mis compañeros sobre mi sentir” Ent. 1.

“Mis estrategias para la muerte de un paciente a mi cuidado son la meditación, la oración y conversar con mis compañeros de trabajo para poder transmitirnos pensamientos positivos” Ent. 3.

“Cuando fallece un paciente a cargo de un compañero dialogo con el profesional y lo ayudo a superar de esta manera” Ent. 10.



### Red 6. AFR



Fuente: Entrevistados

Elaboración: Jonnathan Durán, Jessica Gonzaga



## 5.7 Relación Laboral entre Profesionales

De acuerdo a los informantes de la investigación, el nivel de apoyo profesional en el área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, es bueno y sólido. El compañerismo y la colaboración fueron las características relacionadas al equipo de enfermeras y enfermeros del área de clínica. Se observaron factores que contribuyeron al apoyo profesional: buena comunicación, aceptación de sugerencias o consejos, transmisión correcta del estado del paciente, la planificación conjunta de los cuidados y mutuo apoyo.

“El apoyo que tenemos en el equipo de Enfermería es sólido, en bien del paciente proveemos sugerencias o consejos para mejorar el cuidado de un paciente en esta etapa” Ent. 1.

“En el área siempre hay compañerismo hacia los demás profesionales que necesiten algún conocimiento extra, nos cuidamos por el simple hecho de que somos un equipo” Ent. 6.

“Enfermería como profesión en sí, se caracteriza por ser una profesión humanitaria, por lo que entre profesionales todos a más de su responsabilidad en los cuidados generan un sentimiento de afecto y solidaridad” Ent. 9.

A percepción de los profesionales entrevistados del área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, el personal multidisciplinario responsable de los pacientes en estado terminal, tiene una buena integración y complementariedad. Algunos de ellos manifestaron la presencia de conflictos por desacuerdos; sin embargo, hay un factor común que facilita el diálogo, la colaboración y la creación de un ambiente laboral óptimo, esto es el bienestar del paciente con atención de calidad.

“El equipo de trabajo es multidisciplinario, si bien en cierto el área médica se encarga de las indicaciones y nosotros de los cuidados óptimos. Todo el



equipo trabaja por el bien del paciente y enfermería es parte principal del equipo” Ent. 1.

“Pues el personal de enfermería se maneja muy bien entregando las instrucciones que se tienen con estos pacientes, muchas veces resulta un poco difícil concordar con el personal de medicina, pero se trata de hacer lo necesario para brindar una atención de calidad” Ent. 4.

“... si necesitamos la colaboración de otros profesionales lo dialogamos y llegamos a una conclusión por el bien del paciente” Ent. 8.

A percepción de las enfermeras y enfermeros, participantes de la investigación, existe la facilidad de expresar las ideas en forma de sugerencias o consejos en relación a los pacientes en estado terminal; sin embargo, la percepción de la recepción y acogida evidenció cierta disconformidad cuando se trata de otros profesionales, pues mencionaron que sus ideas se toman en cuenta en algunas ocasiones. Algunos consideraron que las ideas se receptan de buena manera y que la mayoría son escuchadas. De igual manera, se observó disposición y apertura a las opiniones e ideas de otros profesionales distintos a enfermería.

“Sinceramente no siempre, debido a que en algunos profesionales no existe una escucha positiva hacia nuestras ideas o sugerencias” Ent. 2.

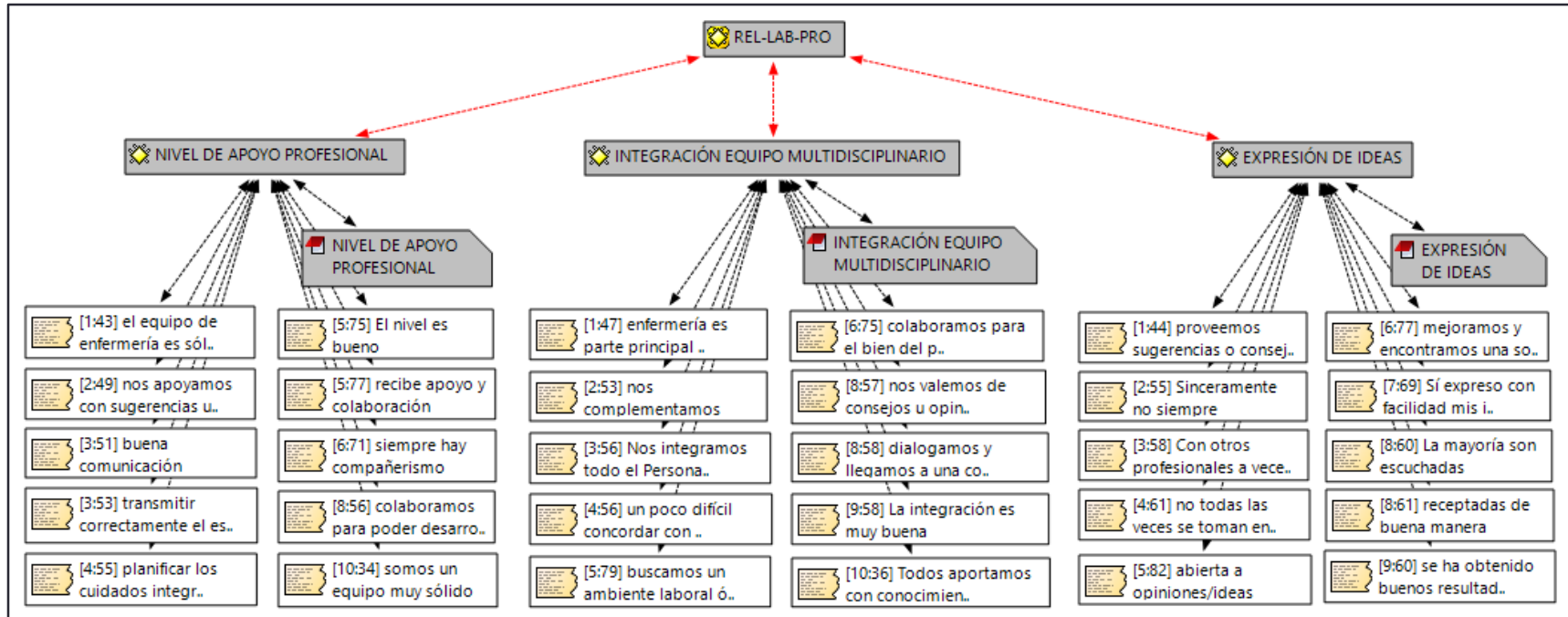
“Las veces que he tenido que dar una experiencia y tratar de mejorar ciertos aspectos dentro del ambiente laborable lo he hecho, pero no todas las veces se toman en cuenta ciertas recomendaciones” Ent. 4.

“Sí, segura de mis conocimientos y abierta a opiniones/ideas del equipo en general, el objetivo es el paciente y su alivio” Ent. 5.

“Sí, siempre expreso mis ideas para el bienestar del paciente. La mayoría son escuchadas y receptadas de buena manera” Ent. 8.



### Red 7. REL-LAB-PRO



Fuente: Entrevistados

Elaboración: Jonnathan Durán, Jessica Gonzaga



## CAPÍTULO VI

### 6.1 DISCUSIÓN

Las percepciones y experiencias de los profesionales de enfermería del área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, respecto a los cuidados al final de la vida, fueron muy comunes con las de otros contextos, culturas y otras áreas como las unidades de cuidados intensivos como las descritas por Bloomer et al (8) en Australia, Berlín (2) , Chover et al (29) , Gálvez et al (1), Ortiz et al (14) en España, Cain et al (30), Cook y Rucker (19) en Estados Unidos, Wenk et al (15) en varios países de Latinoamérica, Araújo y Silva (38) en Brasil, Figueredo et al (27) en el Salvador, y Dávalos et al (39) y Vallejo et al (40) en Ecuador.

En cuanto a la percepción de los participantes sobre los cuidados al final de la vida, se observaron las perspectivas humanas y profesionales; humanas por el hecho de manifestar los sentimientos y emociones al involucrarse con el paciente y su familia; profesionales por el hecho de haber garantizado un trabajo óptimo. En términos generales, la experiencia se caracterizó como gratificante por haber dejado aprendizajes importantes, fortaleza y satisfacción personal y laboral. Otras investigaciones reflejan similitudes con lo observado, aunque de manera parcial, se habla de los sentimientos de malestar y angustia, por el hecho de tener mayor contacto con los pacientes, pero no se refleja el sentimiento de satisfacción con el trabajo realizado, así evidenciaron Gálvez et al (1), al ser notorio mayormente el disgusto, la impotencia, la desesperanza, la resignación, la frustración, la tristeza y la decepción. En la investigación de Bloomer et al (8) se pudo observar similitud con la presente investigación en el sentido de la presencia de un fuerte compromiso con el cuidado a fin de facilitar una "buena muerte" e intentar satisfacer las necesidades de la familia.

La consideración de la experiencia en años y práctica como fundamental y relacionada con la calidad de los cuidados al final de la vida, manifestada por los participantes, coincide con lo observado por Chover et al (29), quien sugirió que



mientras mayores sean los años de experiencia de los profesionales de salud en cuidados al final de la vida, los aciertos en los conocimientos pudieran ser mayores. La percepción de la calidad de los cuidados al final de la vida, la cual se evidenció en múltiples facetas profesionales de esta investigación, es posible explicarla por afirmación de que la filosofía básica de estos cuidados es dar la mejor calidad de vida posible para pacientes cuya enfermedad no puede ser curada, de acuerdo a Fascioli (12).

Respecto al conocimiento de los participantes sobre las manifestaciones físicas y emocionales en pacientes con necesidades en CAV, mencionaron entre los físicos: alteraciones en los signos vitales, alteración del estado de la conciencia, disnea, dificultad para la ingesta, limitaciones en la movilización y dolor; y entre los emocionales: angustia, desesperación, apatía, miedo o temor. Estos pueden ser considerados como los síntomas básicos, que se asemejan con los conocimientos de los mismos profesionales en otros contextos, como en el caso de Chover et al (29), que catalogaron como “conocimiento suficiente”. Sin embargo, los participantes no mencionaron otros síntomas de igual importancia que, de acuerdo a Figueredo et al (27), pueden interferir en la calidad de vida del paciente crítico y que en ocasiones pasan por desapercibidos tales como polidipsia, tos, estreñimiento, diaforesis y prurito.

Entre las manifestaciones, solo una de las informantes mencionó el diagnóstico médico, lo cual evidencia una posible falta de atención por parte de los profesionales de enfermería, lo que podría desencadenar debilidades en la atención, tal como lo sugirió Berlín (2), al mencionar que el diagnóstico médico es un factor muy importante para evitar sobretratamiento y el subtratamiento al final de la vida.

En relación con los factores más importantes para el cuidado de un paciente en estado terminal, los informantes mencionaron principalmente los factores cognitivos profesionales y humanitarios, manifestados en el alivio del dolor y disminución de los síntomas, y en la empatía, consuelo y paz, cubriendo las necesidades físicas, espirituales y emocionales. Similares percepciones se observaron en varias



investigaciones como la de Berlín (2), cuando afirma que el manejo de los síntomas y la atención a las necesidades psicosociales y espirituales son factores importantes para aliviar el sufrimiento físico y no físico en pacientes en estado crítico, como la de Figueredo et al (27), cuyos participantes priorizaron la comodidad y dieron énfasis en el control del dolor y otros síntomas significativos, como la de Araújo y Silva (38), con pacientes en estado terminal, quienes valorizaron ambos aspectos: profesionalismo y una actitud compasiva, o como la de Cook y Rocker (19), al hablar de comunicación verbal y no verbal, continuidad de la atención y confianza en el personal profesional.

En cuanto a la percepción de la atención integral al paciente en estado terminal, esto se vio reflejado en otros autores como Araújo y Silva (38) en un hospital privado de Brasil, donde los pacientes en este estado expresaron que más allá de un órgano comprometido, hay seres humanos con sentimientos y emociones, o como en Fascioli (12), por el apoyo psicológico, social y espiritual al paciente y a sus familiares observado en diferentes hospitales a nivel mundial y en Figueredo et al (27), en términos de confort y bienestar como un elemento común en las esferas físicas, sociales, psicológicas, espirituales y ambientales.

En lo que concierne a los aspectos institucionales, los participantes coincidieron en que un protocolo de atención a pacientes en fase terminal es sumamente importante y fundamental, lo cual se reflejó en otras investigaciones, así, Figueredo et al (27), mencionaron que la ausencia de protocolos dificulta la atención y la asistencia y por lo tanto, son de vital importancia. Parte de los temas señalados por los informantes coincidieron con la propuesta de Clark et al (18), unificando lo empírico con lo conceptual a fin de resolver rigurosa e integralmente los problemas relacionados con el fin de la vida. Los temas mencionados y que concordaron fueron: cuidados específicos, seguridad del paciente en cuidados y uso de medicamentos, aspectos clínicos, aspectos éticos, terapias de apoyo al paciente y técnicas de apoyo emocional paciente y familia. Temas que los informantes no mencionaron pero fueron mencionados por Clark et al (18), fueron: políticos, legales, desarrollo de



investigación, aspectos culturales y filosóficos. Fascioli (12) por su parte, sugiere plantear en el protocolo la constatación de decisiones previas del paciente o la familia respecto a la reanimación o uso de tecnología invasiva, una especificidad de temas éticos.

Respecto a la carga horaria, se observó que la mayoría de los informantes consideraron el tiempo corto o limitado a fin de brindar un cuidado óptimo a los pacientes; sin embargo, manifestaron que la optimización y eficacia del tiempo dependía de otros factores como la organización, la planificación, la cantidad de pacientes, otras actividades encomendadas y la cantidad de personal a cargo; en este sentido, esta percepción se ve respaldada por otros autores que percibieron lo mismo, así Clark et al (18), concluyeron que las "respuestas organizadas" son necesarias en las intervenciones al final de la vida en las esferas políticas y clínicas, así también Fascioli (12), quien manifestó que las instituciones deben garantizar con regulaciones, prácticas y sus rutinas cotidianas el reconocimiento y el valor de los seres humanos al final de la vida.

Concerniente al equipamiento y material destinado a los cuidados de pacientes con enfermedades terminales, la mayoría de los participantes mencionaron que estos son básicos, incompletos y deficientes, que se encuentran en malas condiciones; aunque existió la conciencia de la insuficiencia del presupuesto estatal para resolver este asunto. Este hecho refleja limitaciones al ser comparada con otras instituciones; por ejemplo, al hablar del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), por resolución tiene que cumplir con los requisitos estandarizados acerca de las condiciones de infraestructura física, equipamiento, entre otros (39), colocándolo un nivel más arriba en esta demanda. A la vez, esta deficiencia implica privaciones que pueden ser beneficiosas para los pacientes al final de la vida, pues se ha mencionado el equipamiento adecuado es efectivo para ayudar al paciente a lograr objetivos de vida a corto plazo (19), que no se puede cuidar adecuadamente sin contar con los recursos materiales y otros complementos (12) y que los recursos materiales y tecnológicos promueven la comodidad del paciente (27). Los



participantes consideraron importante contar con equipamiento y material necesario, en ningún momento refirieron que la tecnología pueda ser invasiva y mal usada, como sí lo hicieron los profesionales en la investigación de Gálvez et al (1). En relación a la formación y aprendizaje en cuidados al final de la vida, los participantes de la investigación, consideraron que entre la formación universitaria y la práctica profesional respecto a los cuidados al final de la vida, hay una brecha, la formación les ha dotado de bases teóricas importantes y satisfactorias, pero concluyeron que en la práctica y en la cotidianidad de los cuidados a pacientes, la formación en CAV les pareció limitada y superficial. Esta percepción es similar con la observada en Bloomer (8), donde las enfermeras reconocieron que su formación no se extendió al cuidado del paciente moribundo y sus familias y al igual que en Wenk et al (15), donde formadores en cuidados paliativos manifestaron que la educación es muy incipiente tanto en programas de posgrado para médicos, en su inclusión como materia obligatoria u optativa en pregrado en las facultades de medicina a nivel de Latinoamérica; en tanto que, difiere con lo observado en Chover et al (29), en donde la mayoría de los profesionales de enfermería manifestaron haber tenido formación universitaria en cuidados paliativos.

La consideración de la necesidad de formación en los participantes fue pertinente y acorde con lo que se espera de un profesional en la rama de los cuidados paliativos de acuerdo a Fascioli (10) , a fin de desarrollar las habilidades, el sentido de responsabilidad, los valores, la capacidad de analizar el contexto en el que ejercen y poder reflexionar éticamente sobre su entorno de trabajo y sus prácticas cotidianas; en el caso de Ecuador, la necesidad de formación en cuidados a pacientes en fase terminal, se encuentra amparada constitucionalmente, en el sentido de promover el desarrollo integral del personal de salud como lo manifiestan Dávalos et al (39) y por considerarse sumamente importante contar con personal profesional estratégico, para elevar los estándares de calidad de vida de la población con necesidades de estos cuidados como lo manifiestan Vallejo et al (40).



La percepción de la formación fue de igual manera, pertinente y acorde con el propósito de la formación, la cual fue mejorar y actualizar los conocimientos; así también lo expresaron Chover et al (36), al observar que el nivel de conocimiento en cuidados paliativos mejora con la participación en programas formativos, Clark et al (18), al sugerir cursos de acción apropiados sobre enfoques para el cuidado al final de la vida, temas de actitudes, creencias y valores, Araújo y Silva (38), al concluir que la capacitación de los enfermeros y enfermeras es una necesidad urgente y que debe enfocarse en las relaciones interpersonales y habilidades de comunicación y Wenk et al (15), con el imperativo de la educación continua para mantener los conocimientos y habilidades actualizadas, garantizar el desempeño profesional con calidad.

Respecto a la satisfacción de los pacientes y usuarios, se observó que los participantes no la vincularon directamente con su profesionalismo o con su capacidad. Mencionaron actitudes negativas de los familiares tales como reclamos, exigencias y menosprecio hacia el trabajo realizado, justificando por la situación del paciente y por la no aceptación de la muerte, pues manifestaron que algunos familiares esperan el restablecimiento de la salud o la cura de la enfermedad. Esta situación difiere de lo observado en otras investigaciones, por lo que se puede suponer que algunos protocolos no se están considerando oportunamente, tales como la comunicación y acuerdos iniciales o el desconocimiento de los deseos de los pacientes que determinarían su satisfacción. Berlín (2) observó que las reuniones y el consenso temprano sobre los objetivos de la atención con las familias se asoció con la satisfacción familiar; por su parte Ortiz et al (14), observaron que morir en la casa era uno de los deseos de los pacientes.

Al abordar la experiencia laboral en el área de clínica y los cuidados al final de la vida, los participantes consideraron positiva su preparación en la aplicación de técnicas, cuanto al trabajo en equipo, uso de recursos y desarrollar actividades simultáneamente; sin embargo, al autopercebir sus destrezas, se consideraron en términos medios y reconocieron su necesidad de mejorar; este hecho pudiera ser



una limitación para el área de clínica, al considerar la evidencia de que más pacientes pueden recibir atención adecuada si los cuidados al final de la vida son provistos por profesionales de la salud con los conocimientos, habilidades y actitudes básicas de esta disciplina, tal como lo expresan Wenk et al (15). Existe la posibilidad que esta percepción se entienda por otro lado como modestia profesional, pues como lo señala Bloomer et al (8), los profesionales de enfermería que demuestran las cualidades correctas y experiencia previa, a menudo son elegidos para cuidar a un paciente moribundo y su familia, sobre todo, porque en ambos casos se evidenció un fuerte compromiso hacia los cuidados a esta población, a fin de facilitar una buena muerte y cuidar de los familiares.

Al hablar de procedimientos adquiridos, los participantes de la investigación, no hablaron de un procedimiento concreto específico, se enfocaron en actividades de cuidados, acompañamiento, y sobre todo en minimizar los síntomas y disminuir el dolor del paciente, situación que se observó también en investigaciones similares como en el caso de Chover et al (29), quienes manifestaron que los profesionales de su investigación mostraron mayor dominio en el tema de control de los síntomas físicos, psicosociales y filosóficos; o al igual que se observó en Berlín (2), quien manifestó que los objetivos de los profesionales en estos cuidados fueron aliviar el sufrimiento y proporcionar una experiencia de calidad al final de la vida para los pacientes y sus familias; o como en el caso de Cook y Rocker (19), quienes manifestaron que los profesionales de la salud al cuidado de pacientes en estado terminal, intervienen de formas distintas en procura de la comodidad de los pacientes. Este hecho evidencia un fuerte compromiso con la profesión y objetivos compartidos en varios contextos.

Al hablar de destrezas y procedimientos en los cuidados al final de la vida, los profesionales refirieron como igual de importante, considerar los valores o principios personales como la empatía, las relaciones humanas, y el buen trato; lo que implica que, además del compromiso profesional, existe un compromiso humanitario hacia el paciente y su familia; situación que coincide con lo observado en otras



investigaciones; así, Fascioli (12), ubica a la empatía, al buen trato, a la comunicación abierta entre algunas de las habilidades requeridas en el personal de salud al cuidado de pacientes en estado terminal y sus familias; mientras que Araújo y Silva (38) consideraron algunos aspectos personales como la educación, ser asertivos con las palabras y las posturas; y en general, estar cerca y más accesible a las necesidades del paciente y a las de su familia.

Ahora bien, relacionado con la interrelación con la familia y el paciente, los profesionales del área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, denotaron los sentimientos en la familia en torno a la situación (dolor, tristeza, impotencia, enojo); al igual que afirmaron que la mayoría de los familiares, esperaban que la salud del paciente se revierta; es decir, se curen o alivien su dolor; a la vez que afirmaron la existencia de casos en los cuales algunos familiares esperaban el deceso de un paciente por considerarlo como una carga. Al comparar este hecho con otras investigaciones, se pudo apreciar que no hubo muchas coincidencias, al menos con el hecho de que los familiares esperen que el estado de salud del paciente se revierta, lo que indica la posibilidad de desconformidad con el diagnóstico médico. Respecto a la espera del deceso de un paciente por considerarlo una carga, tampoco se pudo apreciar algo similar, no obstante, se pudo apreciar un cierto alivio por los familiares ante una muerte, por el hecho de no desear ver sufrir al paciente familiar (8).

La opinión de los informantes respecto a la influencia de la familia en los cuidados al paciente con enfermedad terminal, fue mayormente positiva. Mencionaron que los familiares participan en los cuidados, colaboran con las actividades relacionadas, y ejercen influencia sobre el paciente haciéndolos sentir mejor, convenciéndolos de recibir algún tipo de terapia o medicamento o el hecho de brindarles acompañamiento, lo cual es favorable e ideal, así se ha evidenciado también en otros estudios como en el de Fascioli (12), quien concluyó que la familia llega a formar parte del equipo terapéutico, y se espera que asuma un rol activo en el cuidado de un paciente; también en Berlín (2), quién recomendó que se debe





hacer todo lo posible por llegar a acuerdos sobre el cuidado del paciente con la familia desde el principio y en Cain et al (30), al determinar el involucramiento de la familia como un factor favorable para la calidad de vida del paciente

Los participantes mencionaron haber tenido que lidiar con algunos familiares controlando las actitudes frente a los pacientes, por lo que en respuesta se observó discreción y cautela de los profesionales, al intentar salvaguardar el estado emocional de los pacientes y brindar información y apoyo emocional a los familiares, tal como lo expresaron. Manifestaciones similares se observaron en otras investigaciones, así, Berlín (2), observó que las enfermeras se esforzaban por mantener un entorno pacífico para el paciente en estado terminal y su familia; Araújo y Silva (38), observaron que los pacientes prefieren conversaciones amenas, y la transmisión de alegría por parte de los profesionales y de sus familiares y Bloomer et al (8), observaron que uno de los papeles de enfermería era el de brindar apoyo a las familias en momentos de dolor. Sin embargo, también se observaron manifestaciones diferentes en otras investigaciones, así, Figueredo et al (27), expresaron mínima asistencia de los profesionales hacia el núcleo familiar.

De la misma manera, los profesionales refirieron ocasiones en las que los familiares presentaron reclamos, exigencias e incluso malos tratos hacia ellos que provocaron estrés, presión o que fueron obstáculo para el desarrollo de las actividades regulares en el área de clínica del hospital, también refirieron que supieron manejarlos con la comunicación y la educación. El hecho de haber existido conflicto se puede explicar en esta investigación por la percepción de la familia de que el paciente se va a curar o por no comprender las técnicas o procedimientos correspondientes a los cuidados al final de la vida, tal como lo expresaron los participantes; así también lo observaron Gálvez et al (1), en su investigación, en donde los profesionales manifestaron la desconexión entre la realidad que viven los pacientes y la realidad que perciben sus familias, y que también concuerdan con lo señalado respecto a la comunicación, pues los autores observaron que un adecuado abordaje familiar está relacionado con la correcta información; así



también lo manifestaron Bloomer et al (8), cuando señalaron que los familiares con frecuencia, reciben una percepción equivocada y distorsionada sobre el estado real del paciente y malinterpretan los signos y síntomas. Para Bloomer et al (8), tanto como para Cook y Rocker (19) y Cain et al (30), La comunicación clara y sincera es un determinante esencial de satisfacción familiar con la atención al final de la vida, y un constructor de confianza y colaboración, lo cual concuerda con lo observado en la presente investigación.

Ahora bien, al referir el tema de afrontar la muerte del paciente, tanto para sí mismo como hacia el equipo multidisciplinar, se halló que desde el momento de recibir a usuarios con diagnóstico de una enfermedad terminal o con manifestaciones de la misma hasta el momento que la muerte ocurre, la calidad de los cuidados fue una constante en los discursos de estos profesionales. El aspecto profesional determinó su actitud y el procedimiento aplicado, fue indispensable al inicio de una intervención una correcta evaluación y planificación de los cuidados personalizados; al respecto, se observó similar percepción en Fascioli (12), en dónde el personal valoró la opción vocacional-laboral; así como se observó en Cook y Rocker (19), en dónde los profesionales manifestaron la importancia de la planificación de la atención al paciente, en su caso, para comprender el papel de toma de decisiones de los familiares, las recomendaciones del médico, para aplicar los procedimientos y vincularlos con los protocolos institucionalizados.

Se observó además que, la reflexión sobre el trabajo oportuno en el sentido profesional, los pensamientos empáticos con la familia en el sentido psicosocial y los pensamientos positivos en el sentido filosófico espiritual, a más de aplicar estrategias comunicativas y espirituales como la meditación y la oración, ayudaron a los participantes a afrontar la muerte de un paciente. Esta forma de afrontar la muerte es parcialmente similar con la encontrada en Gálvez et al (1), pues tienen en común la aceptación y búsqueda de apoyo, pero difiere con una de las maneras más frecuentes encontradas por los autores, esto es en el distanciamiento, entendido como apartarse del dolor y sufrimiento vividos, evitando pensar en ello.



Llama la atención que no se observó en los discursos de los participantes de la presente investigación, estrategias institucionales que preparen progresivamente a los profesionales para afrontar la muerte de un paciente, tales como rondas de muerte o servicios conmemorativos interdisciplinarios, modificaciones en las asignaciones laborales o conferencias proactivas, las cuales se observaron en estudios como los de Berlín (2) y Cook y Rocker (19).

Finalmente, en torno a la relación laboral entre profesionales del área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, se observó la percepción de un nivel de apoyo profesional bueno y sólido; el compañerismo y la colaboración caracterizó al equipo de enfermeras y enfermeros, de acuerdo a los discursos de los participantes, se observó buena comunicación, aceptación de sugerencias o consejos, transmisión correcta del estado del paciente, la planificación conjunta de los cuidados y mutuo apoyo; mientras que con el resto de profesionales de la misma área, en términos generales se observó una buena integración y complementariedad, algunos manifestaron la presencia de conflictos por desacuerdos, o malestar en el sentido de que sus ideas no eran tomadas en cuenta; sin embargo manifestaron que se solucionaron con el diálogo y la colaboración, ya que al parecer, en el área de clínica prima una cultura multidisciplinar de ambiente laboral óptimo, de calidad de atención y de bienestar del paciente, lo que influye en las formas de ser y hacer de cada profesional. Este hecho observado coincide con otros estudios; Figueredo et al (27), habló de “obstinación terapéutica” y de “práctica segmentada” al no observar consenso sobre la institución de atención, y al concluir que la mala comunicación es una de las principales barreras que generan conflictos en la asistencia a pacientes terminales en estado crítico. El hecho de que los profesionales de enfermería en esta área manifestaron expresar libremente sus ideas pudo deberse a la seguridad de sus conocimientos por los años de experiencia, así también lo observaron Gálvez et al (1), al observar que las enfermeras con menos experiencia no expresan mayormente su opinión, mientras que las enfermeras experimentadas fueron consideradas personas de confianza y aptas para consultas.



## CAPÍTULO VII

### 7.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se pudieron conocer las percepciones de los profesionales de enfermería del Hospital Vicente Corral Moscoso con relación a su experiencia con pacientes en estado terminal. La experiencia se puede considerar como un factor importante y de mucho valor profesional e institucional y se puede relacionar directamente con la calidad de los cuidados a estos pacientes. La experiencia se caracterizó como gratificante por haber dejado aprendizajes importantes, fortaleza y satisfacción personal y laboral. Se puede recomendar hacer uso de la experiencia de los profesionales en la incorporación de estudiantes de enfermería a los procesos con su debida socialización.

Se pudieron conocer algunos criterios importantes del cuidado del paciente relacionados con la formación académica y continua, con los conocimientos de los pacientes y sus cuidados y maneras de afrontar la muerte de los profesionales que participaron de la investigación.

Se observó una brecha entre la formación académica y la práctica de los cuidados al final de la vida, lo que de alguna manera valorizó la percepción hacia la especialización y la capacitación en los participantes. En base a los propios resultados y a los observados en otras investigaciones respecto a este tema, se recomienda considerar el desarrollo continuo y extenso de programas de formación en los aspectos biomédicos, psicosociales y filosóficos espirituales, a fin de cubrir las necesidades físicas, sociales, emocionales y espirituales de los pacientes y sus familiares en el área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Se pudo conocer que en los profesionales de enfermería del área de estudio existe un conocimiento suficiente y básico de las manifestaciones físicas y emocionales de los pacientes en estado terminal, aunque se comprobó que otros síntomas pudieran pasar por desapercibidos. Se recomienda mejorar el conocimiento sobre



las manifestaciones y estudiar con mayor atención el diagnóstico médico, a fin de mejorar la calidad de los CAV.

Se pudo conocer que existe una percepción satisfactoria en los profesionales de enfermería que participaron en la investigación sobre los factores más importantes para el cuidado de un paciente en estado terminal, pues englobaron las necesidades de los pacientes de una manera integral. Se recomienda a los profesionales mantener el conocimiento actualizado considerando además aspectos culturales o filosóficos.

Se pudo conocer que los profesionales de enfermería en el área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, comparten maneras de afrontar la muerte, considerando principalmente el factor profesional y que algunas técnicas fueron la reflexión, el diálogo, la meditación y la oración. Se pudo conocer que no existe un protocolo institucionalizado para ayudar a los profesionales del área a afrontar la muerte del paciente, como sí se observó en otros contextos. Se recomienda a la institución crear un protocolo interno a servicio de los profesionales que conviven con pacientes en estado terminal.

Se pudo identificar que las principales problemáticas para ejecutar los cuidados al final de la vida, relacionados con la destreza laboral, fue que los participantes la percibieron insuficiente, en términos medios, aunque cabe la posibilidad de que se trate de un asunto de modestia considerando el discurso entero de satisfacción laboral y personal y compromiso profesional y humanitario.

Se pudo identificar que las principales problemáticas para ejecutar los cuidados al final de la vida, relacionados con el vínculo del profesional en enfermería con el paciente y con la familia fueron el hecho de tener que lidiar con algunos familiares para mantener un entorno pacífico para el paciente, así como lidiar con reclamos, exigencias e incluso malos tratos hacia ellos que provocaron estrés, presión o que fueron obstáculo para el desarrollo de las actividades regulares, pero que fueron



manejados por medio de la comunicación, educación y empatía. Se recomienda al equipo multidisciplinario incrementar en el protocolo de atención de cuidados al final de la vida, la comunicación asertiva desde el principio de la intervención a fin de informar correctamente a la familia del estado del paciente, de lo que se espera de los cuidados del paciente y establecer acuerdos de convivencia.

Se pudo identificar que las principales problemáticas para ejecutar los cuidados al final de la vida, relacionados con los recursos humanos y materiales de la institución del área de clínica del hospital, fue la falencia de un protocolo institucionalizado de atención a pacientes con enfermedades terminales, sobrecarga en los profesionales de enfermería en cuanto al tiempo y actividades y limitaciones con el equipamiento y material destinado a los cuidados de pacientes con enfermedades terminales. A pesar de ello se evidenció capacidad y adaptabilidad profesional para trabajar con los recursos disponibles. Se recomienda crear un protocolo que recoja las sugerencias de los informantes y que contenga además aspectos políticos, legales, culturales, filosóficos y desarrollo de investigación como se observó en otros estudios; se recomienda una mejor organización y planificación institucional que prime la distribución equitativa de personal y actividades en concordancia con la cantidad de pacientes y sus necesidades y se recomienda a la institución, en cuanto sea posible, adquirir equipos y materiales modernos y suficientes que puedan contribuir a mejorar los cuidados al final de la vida.

Se pudo identificar que no hubo problemas considerables para ejecutar los cuidados al final de la vida, relacionados con correlación laboral entre el personal de salud, pues se observó compañerismo y la colaboración entre enfermeros y enfermeras, así como buena integración y complementariedad con el resto del equipo; sin embargo, hubo malestar al considerar que las ideas no siempre eran tomadas en cuenta, lo cual supieron manejar oportunamente. Se recomienda a los directivos del Hospital Vicente Corral Moscoso planificar actividades que fomenten el intercambio



de ideas entre el personal de salud que conforman el equipo multidisciplinario del área de clínica.

Finalmente, de los discursos de los profesionales de enfermería se pudo definir los cuidados al final de la vida como la aplicación de técnicas o procedimientos vinculados con el paciente en estado terminal y su familia de una manera integral que cubra sus necesidades físicas, emocionales, afectivas, sociales y espirituales a fin de garantizarle comodidad y cuidados con calidad desde el inicio de la intervención hasta la etapa de duelo y en lo posible más allá.



## 7.2 LIMITACIONES

La presente investigación puede presentar algunas limitaciones derivadas del mismo tipo de estudio, es decir, al ser un estudio cualitativo y haber tenido una muestra no representativa, las percepciones observadas no pueden ser generalizadas al universo de profesionales del área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, ni mucho menos para otras instituciones de salud, tanto locales o nacionales.

De la misma manera, puede considerarse como una limitante el hecho de que no se consideró el aspecto cultural y religioso de los pacientes y sus familias, ni otras condiciones de los pacientes como orientación sexual o discapacidad que pudieron de una u otra manera, influir en las percepciones de los profesionales que participaron en la investigación, tal como se observó en estudios similares (18) en el apartado de discusión de los resultados.

Este estudio encuentra la limitación de que aborda los cuidados al final de la vida por profesionales de salud del área clínica solo al interior del Hospital Vicente Corral Moscoso, no aplicable en casos de que los servicios hospitalarios incluyan movilidad de los profesionales, tal como se observan en otros contextos conforme al Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica (16).

Se observaron limitaciones en la revisión de la literatura en revistas de alto impacto, pues hubo escasos estudios que aborden la misma problemática en el Ecuador.





## CAPÍTULO VIII

### 8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gálvez González M, Ríos Gallego F, Fernández Vargas L, del Águila Hidalgo B, Muñumel Alameda G, Fernández Luque C. El final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos desde la perspectiva enfermera: un estudio fenomenológico. *Enfermería Intensiva*. enero de 2011;22(1):13-21.
2. Berlin A. Goals of Care and End of Life in the ICU. *Surgical Clinics of North America*. diciembre de 2017;97(6):1275-90.
3. Souza R. Caring for the patient in the process of dying at the Intensive Care Unit. *Rev Esc Enferm USP*. junio de 2011;3:6.
4. Hoel H, Skjaker SA, Haagensen R, Stavem K. Decisions to withhold or withdraw life-sustaining treatment in a Norwegian intensive care unit: Limitations in life-sustaining treatment. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. marzo de 2014;58(3):329-36.
5. Romero-García M, de la Cueva-Ariza L, Jover-Sancho C, Delgado-Hito P, Acosta-Mejuto B, Sola-Ribo M, et al. La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enfermería Intensiva*. abril de 2013;24(2):51-62.
6. Robichaux CM. PRACTICE OF EXPERT CRITICAL CARE NURSES IN SITUATIONS OF PROGNOSTIC CONFLICT AT THE END OF LIFE. *AMERICAN JOURNAL OF CRITICAL CARE*. 2006;15(5):13.
7. Velarde-García JF, Luengo-González R, González-Hervías R, González-Cervantes S, Álvarez-Embarba B, Palacios-Ceña D. Dificultades para ofrecer cuidados al final de la vida en las unidades de cuidados intensivos. La perspectiva de enfermería. *Gaceta Sanitaria*. julio de 2017;31(4):299-304.



8. Bloomer MJ, Morphet J, O'Connor M, Lee S, Griffiths D. Nursing care of the family before and after a death in the ICU—An exploratory pilot study. *Australian Critical Care*. febrero de 2013;26(1):23-8.
9. Codorniu N, Bleda M, Albuquerque E, Guanter L, Adell J, García F, et al. Nursing care in Palliative Care: analysis, consensuses and challenges. *Index de Enfermería*. junio de 2011;20(1-2):71-5.
10. Silva RS da, Pereira Á, Nóbrega MML da, Mussi FC. Construction and validation of nursing diagnoses for people in palliative care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 3 de agosto de 2017;25(0).
11. Efstathiou N, Walker W. Intensive care nurses' experiences of providing end-of-life care after treatment withdrawal: a qualitative study. *J Clin Nurs*. noviembre de 2014;23(21-22):3188-96.
12. Fascioli A. LOS CUIDADOS PALIATIVOS AL FINAL DE LA VIDA: EXPRESIÓN DEL RECONOCIMIENTO DEL OTRO. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. diciembre de 2016;5(2):46-53.
13. Van der Wath AE, Du Toit PH. Learning end-of-life care within a constructivist model: Undergraduate nursing students' experiences. *Curationis*. 23 de julio de 2015;38(2).
14. Ortiz-Gonçalves B, Albarrán Juan E, Labajo González E, Santiago-Sáez A, Perea-Pérez B. Decisiones al final de la vida: resultados del cuestionario validado por expertos. *Gaceta Sanitaria*. febrero de 2018;32:333-8.
15. Wenk R, de Lima L, Mutto E, Berenguel M del R, Centeno C. Encuentro sobre educación de cuidado paliativo en Latinoamérica. Recomendaciones sobre enseñanza en el pregrado y en el primer nivel de atención de salud. *Medicina Paliativa*. enero de 2016;23(1):42-8.



16. Pastrana T. Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica. Houston; [Ansoáin, Navarra: IAHPC Press ; Errea Comunicación; 2013.
17. Hagan TL, Xu J, Lopez RP, Bressler T. Nursing's role in leading palliative care: A call to action. Nurse Education Today. febrero de 2018;61:216-9.
18. Clark D, Inbadas H, Colburn B, Forrest C, Richards N, Whitelaw S, et al. Interventions at the end of life – a taxonomy for 'overlapping consensus'. Wellcome Open Research. 2 de febrero de 2017;2:7.
19. Cook D, Rocker G. Dying with Dignity in the Intensive Care Unit. New England Journal of Medicine. 26 de junio de 2014;370(26):2506-14.
20. World Health Organization. Strengthening of Palliative Care as a Component of Integrated Treatment throughout the Life Course. Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy. junio de 2014;28(2):130-4.
21. WATERKEMPER R, REIBNITZ KS. Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. Rev Gaucha Enferm. 2010;31:8.
22. Unroe KT, Cagle JG, Lane KA, Callahan CM, Miller SC. Nursing Home Staff Palliative Care Knowledge and Practices: Results of a Large Survey of Frontline Workers. Journal of Pain and Symptom Management. noviembre de 2015;50(5):622-9.
23. Thomas RE, Wilson DM, Birch S, Woytowich B. Examining End-of-Life Case Management: Systematic Review. Nursing Research and Practice. 2014;2014:1-14.
24. Suárez Rodríguez C, Salmerón Menéndez C, Menéndez Fraga MD, Virgos Soriano MJ, Vázquez Valdés F. Incidentes y eventos adversos en la Unidad de



- Cuidados Paliativos de un hospital de agudos geriátricos. *Medicina Paliativa*. octubre de 2017;24(4):204-9.
25. Kisorio LC, Langley GC. Intensive care nurses' experiences of end-of-life care. *Intensive and Critical Care Nursing*. abril de 2016;33:30-8.
  26. Luiz MM, Mourão Netto JJ, Barbosa Vasconcelos AK, Coelho Brito MDC. Cuidados paliativos em enfermagem ao idoso em UTI: uma revisão integrativa / Palliative nursing care in the elderly in UCI: an integrative review. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 2 de abril de 2018;10(2):585.
  27. Figueredo C, Souza DM, Pedreira LC, Ribeiro M, Faustino TN. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;8.
  28. Montagnini M, Smith H, Balistrieri T. Assessment of Self-Perceived End-of-Life Care Competencies of Intensive Care Unit Providers. *Journal of Palliative Medicine*. enero de 2012;15(1):29-36.
  29. Chover-Sierra E, Martínez-Sabater A, Lapeña-Moñux Y. Knowledge in palliative care of nursing professionals at a Spanish hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 19 de octubre de 2017;25(0).
  30. Cain CL, Surbone A, Elk R, Kagawa-Singer M. Culture and Palliative Care: Preferences, Communication, Meaning, and Mutual Decision Making. *Journal of Pain and Symptom Management*. mayo de 2018;55(5):1408-19.
  31. Melgarejo LMV. Sobre el concepto de percepción. 4. 2010;8:47-53.
  32. Paneque J, E R. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. *Revista Cubana de Salud Pública*. marzo de 2004;30(1):0-0.



33. Carmona CMC. REFLEXIONES ACERCA DEL CONCEPTO COMPETENCIAS Y APRENDIZAJE POR COMPETENCIAS EN LAS INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR Y SU INCIDENCIA EN EL APRENDIZAJE DE LAS MATEMÁTICAS. 2019;11(09):11.
34. Mejía Ibáñez RR. Experiencia y Formación académica profesional de la enfermera intensivista y la actitud ética frente al paciente crítico irreversible. [Internet]. [Trujillo, Perú]: Universidad Nacional de Trujilla; 2019. Disponible en: [dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/15846](https://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/15846)
35. Estrada Bobadilla PL. MEJORANDO LA INTERACCION DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y FAMILIAR DEL PACIENTE EN CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL III- ESSALUD,2018. [Chimbote, Perú]: Universidad Católica Los Angeles Chimbote; 2019
36. Arrogante Ó. Estrategias de afrontamiento al estrés laboral en Enfermería. :6.
37. Alonso Castillo MM, Armendariz Garcia NA, Alonso Castillo MTDJ, Alonso Castillo BA, López García KS. Clima ético, estrés de conciencia y laboral de enfermeras y médicos que laboran en cuidados intensivos neonatal. Rev latinoam bioet. 28 de mayo de 2020;19(37-2):63-74.
38. Araújo MMT de, Silva MJP da. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. Revista da Escola de Enfermagem da USP. diciembre de 2007;41(4):668-74.
39. Dávalos Batallas V, Lopez Nuñez C, Vaca Gallegos S. PERSPECTIVAS DEL DESARROLLO REGIONAL SUSTENTABLE EN ECUADOR. Universidad Tecnica Particular de Loja; 2017.
40. Vallejo Martínez M, Lino N, Quinto R. Estudio de Pertinencia de los Cuidados Paliativos en Ecuador. ONCOLOGIA. diciembre de 2017;27(3):238-52.



## CAPÍTULO IX

### 9. ANEXOS

---

#### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

---

Título de la investigación: PERCEPCIONES DEL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SOBRE CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA, CUENCA 2020.

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Jonnathan Mauricio Durán Ayavaca	0105497721	Universidad de Cuenca
Investigador Principal	Jessica Paola Gonzaga Cabrera	0107270241	Universidad de Cuenca

#### ¿De qué se trata este documento?

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizara en el aula de docencia del hospital Vicente Corral Moscoso. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el consentimiento para tomar sobre una participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

#### Introducción

Los cuidados al final de la vida son medidas empleadas por el personal de salud orientados a mejorar la calidad de vida del paciente en estado terminal no solo en el ámbito físico, sino también basándose en el bienestar emocional, en estos cuidados participan tanto, el profesional de Enfermería, el usuario y la familia del mismo. Participaran de este estudio: Profesionales de Enfermería que se desempeñen en el área de Clínica y tengan experiencia con pacientes en estado terminal.

#### Objetivo del estudio

Analizar las percepciones de Enfermería relacionado con los cuidados al final de la vida, la posible problemática en la labor de su profesión.

#### Descripción de los procedimientos



<p>Se empleará una entrevista a profundidad a realizarse dentro de la institución, la entrevista tendrá una duración de 55 minutos. Para poder obtener todas las respuestas brindadas por el entrevistado sin ningún tipo de errores, se grabará todas las entrevistas. El número de participantes incluidos en el estudio serán 10 profesionales de Enfermería.</p>
<b>Riesgos y beneficios</b>
<p>No hay riesgos para la salud o integridad de los usuarios hospitalizados, sin embargo, existe riesgos de quebranto de la confidencialidad de datos de los entrevistados en la investigación que acepten de forma voluntaria ser partícipes.</p> <p>Con la información obtenida de los participantes se podrá conocer posibles limitaciones teóricas y prácticas, y así actuar correctamente en procedimientos específicos que estén ligados a la atención del usuario en su etapa final de la vida. Este estudio servirá de base para futuras investigaciones en un tema poco conocido como son los Cuidados al Final de la Vida.</p> <p>La Institución de salud podrá conocer la calidad de la atención brindada a los usuarios en su etapa final de la vida.</p>
<b>Otras opciones si no participa en el estudio</b>
<p>Si acepta participar en el estudio estará en libertad de retirar su participación del mismo cuando lo desee.</p>
<b>Derechos de los participantes</b> <i>(debe leerse todos los derechos a los participantes)</i>
<p>Usted tiene derecho a:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Recibir la información del estudio de forma clara;</li><li>2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;</li><li>3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;</li><li>4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;</li><li>5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;</li><li>6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;</li><li>7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio;</li><li>8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;</li><li>9) El respeto de su anonimato (confidencialidad);</li><li>10) Que se respete su intimidad (privacidad);</li><li>11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;</li><li>12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;</li><li>13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;</li><li>14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;</li><li>15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.</li></ol>
<b>Información de contacto</b>
<p>Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono <u>0995463531</u> que pertenece a <u>Jessica Gonzaga C.</u> o envíe un correo electrónico a: <u><a href="mailto:jessica.gonzaga@ucuenca.edu.ec">jessica.gonzaga@ucuenca.edu.ec</a></u></p>
<b>Consentimiento informado</b> <i>(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieren el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)</i>



Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

_____ Nombres completos del/a participante	_____ Firma del/a participante	_____ Fecha
_____ Nombres completos del testigo <i>(si aplica)</i>	_____ Firma del testigo	_____ Fecha
_____ Nombres completos del/a investigador/a	_____ Firma del/a investigador/a	_____ Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, Presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: [jose.ortiz@ucuenca.edu.ec](mailto:jose.ortiz@ucuenca.edu.ec)





## Anexo Núm. 2 Guía para entrevistas semiestructurada

### UNIVERSIDAD DE CUENCA

### FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

### CARRERA DE ENFERMERÍA

<ol style="list-style-type: none"><li>1. En su Profesión, como enfermero(a) ¿cómo es su vivencia o experiencia, en cuanto al cuidado a los pacientes en estado terminal?</li><li>2. ¿Cuáles son las manifestaciones de un paciente que requiere CAV?</li><li>3. ¿Qué factor es el más importante para poder brindar un cuidado correcto al Paciente en estado terminal?</li></ol>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. ¿Qué papel desempeña el área de Clínica en la Institución?</li><li>2. ¿Qué piensa del equipamiento y material del área para brindar Cuidados al Final de la Vida?</li><li>3. ¿Es necesario que se implementen protocolos de Cuidados al Final de la Vida en el área de Clínica, que aspectos considera necesarios contemplar dentro del mismo?</li><li>4. Las horas de trabajo establecidas ¿cómo influyen en brindar CAV adecuados para el paciente?</li></ol>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. La formación recibida en su Universidad sobre los Cuidados al Final de la Vida, ¿cómo satisfacen las necesidades de los pacientes?</li><li>2. ¿Qué piensa sobre la existencia de especializaciones o educación adicional en CAV? 3. ¿Usted participaría de los mismos?</li><li>3. ¿Cuál es su opinión, acerca de la necesidad de capacitaciones en Cuidado al Final de la Vida dentro del área?</li></ol>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. En base a su experiencia laboral en Clínica, ¿cómo está preparada para brindar Cuidados al Final de la Vida?</li><li>2. ¿Cómo puede expresar que tipo de experiencias ha obtenido brindando Cuidados Al final de la Vida en el área?</li></ol>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Según su opinión ¿Cómo vive la familia el transcurso de la agonía y la muerte del usuario?</li><li>2. ¿Cómo influyen los familiares del paciente en la aplicación de los cuidados al final de la vida?</li><li>3. ¿Ha tenido alguna experiencia negativa con Familiares del paciente para brindar CAV?</li></ol>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. ¿Cuáles son sus primeros pensamientos al fallecer un paciente?</li><li>2. ¿Cuáles son sus apreciaciones al recibir usuarios en su etapa final de la vida?</li><li>3. ¿Cuáles son sus maneras de afrontar la muerte de un paciente que estuvo a su cuidado y la muerte de un usuario que estuvo a cuidado de otro Profesional?</li></ol>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. ¿Cuál y como es el nivel de apoyo de los Profesionales de Enfermería para proveer Cuidados al Final de la Vida?</li><li>2. ¿Cómo es la integración de la Enfermera con el equipo multidisciplinario para asignar Cuidados al Final de la Vida?</li><li>3. ¿Expresa con facilidad sus ideas para ofrecer los Cuidados al Final de la Vida al Equipo multidisciplinario?</li></ol>



## Anexo Núm.5: Recursos Humanos y Materiales

### RECURSOS HUMANOS

**Estudiantes responsables:** Jonnathan Mauricio Durán Ayavaca.

Jessica Paola Gonzaga Cabrera.

**Directora y Asesora:** Licenciada Diana Elizabeth Sánchez.

Licenciadas y Licenciados Hospital Vicente Corral Moscoso, área de clínica.

### RECURSOS MATERIALES Y ECONÓMICOS

<b>Materiales</b>	<b>Precio</b>
Computadoras	800.00
Grabadoras	150.00
Impresión de Documentos	150.00
Transporte	100.00
Copias	40.00
Anillados	20.00
Material de oficina	30.00
Total	1290.00