

Artículo original

Representaciones sociales del proceso de muerte en unidades de cuidados intensivos de hospitales públicos chilenos

Social Representations of the Death Process in Intensive Care Units of Chilean Public Hospitals

María Cristina Paredes-Escobar^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-7107-9172>

Alejandra Fuentes-García² <https://orcid.org/0000-0003-3094-1330>

María Angélica Saldías-Fernández³ <https://orcid.org/0000-0002-2278-9124>

Denisse Parra-Giordano³ <https://orcid.org/0000-0002-9439-2679>

¹Universidad Bernardo O'Higgins. Centro de Estudios e Investigación en Salud y Sociedad. Santiago, Chile.

²Universidad de Chile. Escuela de Salud Pública. Santiago, Chile.

³Universidad de Chile. Departamento de Enfermería. Santiago, Chile.

*Autor para la correspondencia. mcparedes.e@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Como resultado de los avances en el área de la salud y tecnología, la muerte se ha tecnificado para extender el período de vida. Las técnicas de soporte vital están en aumento y existen debates frente a su aplicación.

Objetivo: Comprender cuáles son las representaciones sociales acerca del proceso de muerte en hospitales públicos de Santiago de Chile.

Métodos: Se realizó un estudio con diseño cualitativo en paradigma interpretativo, en tres hospitales públicos de abril a junio de 2019. Se realizaron siete grupos de discusión con profesionales de medicina, enfermería y comités de ética asistencial. Se desarrolló un análisis estructural, un análisis interpretativo del discurso ideológico, y la comprensión de las representaciones sociales del fenómeno estudiado.

Resultados: Los discursos revelaron que la representación social más importante es que la muerte es considerada como una derrota del ejercicio profesional. El uso de la tecnología de soporte vital se transforma en un espacio de acción de los profesionales, sin enfrentar el proceso de muerte y se deshumaniza la atención en las Unidades de Cuidados Intensivos. Las personas son consideradas cosas u objetos, invadidos de tecnología con el fin de salvar vidas.

Conclusiones: Las muertes en Unidades de Cuidados Intensivos se encuentran intervenidas por el uso de tecnologías. Las instituciones hospitalarias poseen una cultura jerárquica que dificulta las decisiones y el trabajo en equipo, y reproducen prácticas heterogéneas en torno a los procesos de muerte. Es necesario abordar el problema desde la construcción de políticas públicas con una mirada colectiva hacia un proceso de muerte digno.

Palabras clave: unidades de cuidados intensivos; muerte; representación social; personal de salud; hospitales públicos.

ABSTRACT

Introduction: As a result of advances in health and technology, death has become more technical to extend the period of life. Life support techniques are on the rise, and there are debates regarding their application.

Objective: Understand the social representations of the death process in public hospitals in Santiago de Chile.

Methods: Qualitative design in an interpretive paradigm in three public hospitals from April to June 2019; seven discussion groups were held with medicine, nursing professionals, and healthcare ethics committees. A structural analysis was developed, as well as an interpretative analysis of the ideological discourse and an understanding of the social representations of the studied phenomenon.

Results: The speeches revealed that the most critical social representation is that death is considered a defeat in professional practice. The use of life support technology becomes a space for action by professionals without facing the death process, and care in Intensive Care Units is dehumanized. People are considered things or objects, invaded by technology to save lives.

Conclusions: Deaths in Intensive Care Units are affected by the use of technologies. Hospital institutions have a hierarchical culture that makes decisions and teamwork difficult, and they reproduce heterogeneous practices around death processes. It is necessary to address the problem from the construction of public policies with a collective view toward a dignified death process.

Keywords: intensive care units; death; social representation; health personnel; hospitals, public.

Recibido: 22/10/2023

Aceptado: 28/03/2024

Introducción

Aunque el proceso de muerte es un hecho natural al fin de la existencia humana, es un tema del que no se suele conversar, incluso por los profesionales de la salud que la enfrentan con frecuencia,^(1,2) y generan desafíos e incertidumbres para personas, familias y profesionales, al aumentar su ocurrencia en instituciones de salud.⁽³⁾

En este tema ha habido múltiples avances en el área de la salud y tecnología,⁽³⁾ así, el proceso de muerte puede ser tecnificado para extender el período de vida, pero esto afecta su calidad.⁽⁴⁾ Un tercio de las personas admitidas en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) presentan limitaciones en las técnicas de soporte vital (TSV) y, además, se considera que esta cifra está en aumento.⁽⁵⁾ Al respecto, se presenta el debate sobre la futilidad de aplicar de modo rutinario soporte vital; la discusión nace desde los beneficios que puede traer a la persona y no solo mantener la actividad fisiológica.⁽⁶⁾

Así, dentro de los dilemas éticos más frecuentes en la práctica de salud, están los límites en casos de futilidad, las fronteras de la legalidad y la limitación del esfuerzo terapéutico.⁽⁷⁾ Para apoyar en las decisiones éticas a la atención en las instituciones de salud, nacen los Comité de Ética Asistenciales (CEA), los cuales analizan y asesoran estos conflictos para contribuir a mejorar la calidad de atención y proteger los derechos de los individuos.⁽⁸⁾

La pandemia de COVID-19 planteó nuevos desafíos en la atención al final de la vida en UCIs, se evidencia la falta de protocolos o preparación previa en este momento;⁽⁹⁾ además de la necesidad de plantear objetivos de cuidado individualizados.^(3,9) Se entiende que la tecnología implementada en forma correcta en las UCIs, en una amenaza repentina para la vida y reservas fisiológicas agotadas, mejora la calidad de la atención, y puede garantizar que sean cumplidos los deseos de la persona.⁽⁶⁾

En Chile, en el 2022, se declaró la protección de la dignidad y autonomía de las personas que padecen una enfermedad terminal, que respeta la vida y considera la muerte dentro de este concepto;⁽¹⁰⁾ de este modo, la terapia fútil es entendida como parte de la asistencia al final de la vida, pero, aun así, muchas personas con enfermedades avanzadas prefieren abandonar las terapias invasivas y optar por Cuidados Paliativos (CCPP).⁽⁶⁾

Mirado así, existe una brecha de conocimiento en torno a la muerte en las salas de UCIs y en cómo lo interpreta cada miembro del equipo de salud; este estudio plantea el propósito de mejorar los procesos y disponer de información levantada al servicio de la política y de la toma de decisión, frente al contexto actual y sus requerimientos en términos de uso de tecnología, y tuvo por objetivo comprender cuáles son las representaciones sociales acerca del proceso de muerte en hospitales públicos de Santiago de Chile.

Métodos

Se realizó un estudio con diseño cualitativo en el paradigma interpretativo, desde un enfoque de representación social.⁽¹¹⁾ Participaron médicos, enfermeras y miembros de CEA, de dos hospitales públicos de Santiago, Chile, centros de referencia para grandes áreas geográficas en la capital del país, tienen tamaño comparable y brindan atención a personas de diferente nivel socioeconómico. Se seleccionó una muestra por conveniencia en cada hospital, para lograr la representatividad, se utilizó una muestra estructural.⁽¹¹⁾ Los participantes fueron contactados por medio de jefaturas e invitados a participar, no hubo abandonos.

Para recolectar los datos se realizaron siete grupos de discusión en salas de conferencias dentro de cada institución entre abril y junio de 2019, con una participación total de 38 personas. Se aplicó un cuestionario general: perfil sanitario, género, credos religiosos y antecedentes de formación bioética. Segundo, guía de preguntas guiadas por la teoría,

abierta a cuestiones emergentes. Temas principales que se consideraron: Vivencias respecto al proceso de muerte hospitalaria y Organización hospitalaria para el proceso de muerte. Se realizó una sesión de discusión para cada grupo (105-120 minutos), se registraron notas de campo durante las sesiones. Las sesiones se grabaron en audio y se transcribieron para su análisis.

En cuanto al análisis de datos, para garantizar el anonimato de los participantes, fueron anonimizados por medio de la asignación de códigos a cada GD = grupo de discusión, E = Enfermería, M = medicina, CE = comité de ética, MX = mixto; M = mujer, H = hombre, número según desarrollo y participación; esta codificación se utiliza para identificar cada narrativa y agregar la línea de la entrevista transcrita.

La composición de cada grupo consideró homogeneidad interna (médicos, enfermeras y miembros de CEA) y heterogeneidad externa (dos de cada profesión).⁽¹¹⁾ Se analizaron las representaciones sociales por medio de los discursos ideológicos, se siguen los planteamientos de Teun Van Dijk,⁽¹²⁾ y se alcanzó la saturación de datos.⁽¹¹⁾

Se realizó un análisis estructural de cada grupo y se crearon, de forma manual, códigos y categorías que dieron lugar a estructuras discursivas⁽¹²⁾ (sin utilización de software). Desde estas estructuras, se interpretaron los discursos y se entendió la representación social sobre el proceso de muerte en UCIs de hospitales públicos chilenos.

Se realizó un análisis estructural de cada grupo, se construyeron categorías del material discursivo con base en la dimensión cognitiva, se clasificaron de manera ordenada transformándolas en unidades de significado, las que fueron comparadas, relacionadas o agregadas a unidades de significado mayores llamadas estructuras discursivas⁽¹²⁾ (sin utilización de software). Con posterioridad, la descripción y explicación de las relaciones entre las estructuras origina las representaciones sociales. Por último, en el nivel interpretativo, se encuentra el discurso ideológico, cuyo objetivo es comprender como se representa el proceso de muerte en UCIs de hospitales públicos chilenos.

Se utilizaron los criterios de rigor de credibilidad, auditabilidad y transferibilidad para la evaluación de la validez de la investigación cualitativa, y triangulación de datos por parte del equipo investigador.⁽¹³⁾

Respecto a los aspectos éticos, se contó con la aprobación del CEISH N°155-2019,⁽¹⁴⁾ aplicación del consentimiento informado y mantenimiento de los requisitos éticos de investigación de Emanuel.⁽¹⁵⁾

Resultados

Las principales características de los grupos de discusión se observan en la tabla 1.

Tabla 1 - Características generales de los grupos de discusión, abril-junio 2019, Santiago de Chile

Características	GD1 H1	GD2 H2	GD3 H1	GD4 H2	GD5 H1	GD6 H2	GD7 H2
N	5	6	7	4	7	5	4
Perfil sanitario	Enfermería	Enfermería	Medicina	Medicina	CEA	CEA	Mixto
Género	4 mujeres 1 hombre	5 mujeres 1 hombre	3 mujeres 4 hombres	1 mujer 3 hombres	4 mujeres 3 hombres	3 mujeres 2 hombres	3 mujeres 1 hombre
Creencias religiosas	Cristiana Católica Evangélica Ninguna	Católica Ninguna	Cristiana Católica Ninguna	Cristiana Agnóstica	Católica Cristiana Ninguna	Católica	Cristiana Católica
Formación Bioética	No	No	No	No	Sí, seis personas	Sí, cuatro personas	Sí, una persona

*GD: Grupo de Discusión. H: Hospital.

Análisis de representaciones sociales

1. El proceso de muerte en las UCIs: aproximaciones discursivas y tensiones

La representación social más trascendental sobre la muerte es su consideración como una derrota clínica. Los profesionales otorgan importancia a la tecnología como ámbito de acción, y desplazan a un lugar menos significativo las demás discusiones en torno a los procesos de muerte. Para los grupos, vencer la muerte es un proceso constante, que invisibiliza a las personas y las transforma en cosas u objetos, invadidos de tecnología, con el fin de salvar vidas.

Lo primero que veo, cuando entro a la unidad, es el monitor. El ventilador, una manguerita y una cabecita. Y ahí, veo al paciente. (GD1EM1-L308-309)

Respecto de la muerte digna, se la identificó como un proceso libre de dolor, sin sufrimiento, con acompañamiento familiar, en estado de comodidad y confort. Sin embargo, lo que sucede en verdad es que, si bien se reconocen los conceptos básicos de muerte y dignidad, se revela que no se practican de manera genuina, sin permitir que se genere de forma natural por medio del uso de la tecnología.

Los procesos de muerte son intervenidos y decididos por el equipo profesional. En general, las decisiones son tomadas por los médicos y ejecutadas por enfermeras, lo que genera posiciones asociadas al papel profesional en UCIs.

Una representación homogénea identificó a las personas como objetos. Producto de esto, la atención clínica experimenta un proceso de deshumanización, asociado a los avances tecnológicos y falta de comunicación, lo cual se adiciona a las limitaciones ya existentes en las unidades de personas críticas, tales como, restricción de visitas y horarios de entrega de información. En último término, lo que ocurre es que la muerte en las UCIs emerge en el discurso como un proceso medicalizado.

Y, además, nosotros hemos caído en otros defectos; fíjate que hemos perdido la capacidad también de comunicarnos entre colegas. (...) a veces nos llegan interconsultas aquí, pero no llega el colega a presentarte al paciente (...)
(GD3MIL87 – 101)

Se destaca que Enfermería posee una posición de cuidado en los procesos de muerte una vez que las personas salen del espacio terapéutico; además, la escasa participación en las discusiones de equipo sobre uso de tecnología, así, existe una crítica sobre los límites del ejercicio médico, que genera tensiones al considerar medicina exagera el uso de terapias con el objetivo de salvar vidas, y pierden de vista el límite y transforman a las personas en instrumentos al servicio de la tecnología.

Enfermería mantiene un discurso de oposición a medicina, lo que responde a la existencia de modelos mentales implícitos. Esta representación se explica desde la experiencia de

sumisión del grupo, ya que medicina concluye en forma exclusiva sobre las decisiones y prácticas clínicas. Enfermería obedece y se alinea con el criterio médico para no generar conflictos, con una tensión importante.

Otra tensión obedece al rol de los CEA, el modelo de soporte se revela como ineficiente y no responde a los requerimientos de los profesionales de los equipos, es un recurso utilizado solo cuando se requiere un respaldo legal sobre la decisión de limitación de terapias, y tensiona las relaciones.

Se genera una contraposición en las representaciones sociales de las prácticas de cada profesión. Por un lado, medicina intenta desligarse del proceso de muerte y contacto con la familia, en tanto, la enfermera adquiere mayor protagonismo al final de la vida y asume el rol del cuidado de la persona y del vínculo con la familia; tratan de que las personas mueran acompañadas por la familia, pero es complejo, debido a las restricciones impuestas. En tal sentido, la muerte se da en un espacio impersonal y deshumanizado.

2. El proceso de muerte en las UCIs: la estructura hospitalaria y la Salud

Pública

En el contexto relacional de los grupos, los modelos mentales compartidos expresan ideologías centrales que están en la base del discurso y que, según las situaciones, construyen realidad. Entre las representaciones más potentes se encuentran; la jerarquía hospitalaria y la posición social de las profesiones, el ejercicio de poder y la discriminación, lo que genera diferencias en el acceso y uso de la tecnología y crisis de confianza en los equipos.

Sí, y uno sabe, también, que ha habido procesos negligentes y uno no puede decir nada.... Entonces, eso igual es complicado porque (...) uno se queda con todo y los familiares... y no les puede decir nada... porque son personas que no tienen la opción de elegir el lugar (...) Acá, ningún médico se atendería acá, nadie se atendería acá por opción, ninguno de nosotros... Es súper difícil eso, no sé, pero uno siempre intenta mantener el trato humanitario con los pacientes por lo mismo, porque sabemos qué hay detrás...(GDIEM3L376-388)

La jerarquía y el poder en las instituciones hospitalarias influyen en el proceso de muerte. Esta es la representación social más potente entre las relaciones de los grupos. Hay posiciones y polarizaciones transversales sobre esta dimensión que develan diferencias por profesión, género y trayectoria profesional. La mantención de las jerarquías entorpece la toma de decisiones difíciles.

(...) Y, además, también pelean un poco a veces los egos de los médicos, desde que tú tienes que hacerlo así, porque tú eres médico porque no sé qué, o cosas O porque yo a mí, no se me mueren los pacientes... (GDIEMI·L133-142)

Las unidades de personas críticas incorporadas no cuentan con protocolos para enfrentar el proceso de muerte. Esto se confirmó por medio de las representaciones sociales sobre la muerte, se demuestra la prevalencia de decisiones individuales con base en criterios ideológicos, ejercicio de poder y dominación, sostenido por jerarquizaciones profesionales. Lo anterior, podría culminar en inequidades sanitarias e ineficiencia en la utilización del recurso.

Discusión

Respecto a las características sociodemográficas de las UCIs, al igual que otras investigaciones, la mayoría del equipo es femenino,^(4,16) incluso en CEA, quienes son los únicos con formación en bioética. Las creencias religiosas se relacionan a favor con el enfrentamiento del proceso de muerte, entregan mayor confianza y creencia de una vida feliz después de la muerte en las profesionales.^(2,16)

Asimismo, en la literatura se menciona que la muerte es un proceso natural,⁽²⁾ no obstante, puede generar diferentes sentimientos como miedo, ansiedad, dolor y sufrimiento; ahora bien, Enfermería considera que su objetivo es salvar la vida, y no contempla la muerte como un fracaso.⁽⁴⁾ En un estudio, Durango-México⁽⁴⁾ refieren que Enfermería entiende que el contacto cercano con la muerte les ayuda a verlo como algo innato.

La muerte no solo debe pensarse al final de la vida,⁽²⁾ así, los profesionales en UCIs la reconocen como posible en ellos mismos y le dan mayor significado a la vida.⁽⁴⁾ En

complemento, en Bucaramanga-Colombia, en UCIs, mientras más años de experiencia en el servicio se tenga, mejores son las actitudes hacia la muerte,⁽¹⁶⁾ y con los años de formación disminuye el nivel de miedo a la muerte.⁽¹⁷⁾

Así que, es necesario que los profesionales de salud estén formados en el proceso de muerte antes de enfrentarlo,^(16,17) tanto en el equipo de salud como en la población general.⁽¹⁸⁾ Se debería tener una preparación psicológica para lograr una atención centrada en la persona, lejana a los procedimientos,⁽⁴⁾ y garantizar la buena calidad de muerte en el estado terminal.⁽¹⁹⁾ Es importante reconocer a cada individuo para decidir por sí mismo; la autonomía relacional implica que los profesionales conozcan los deseos de las personas, y practiquen el cuidado centrado en la persona.⁽²⁰⁾ Admitir la vulnerabilidad ante el término de la vida, permite actuar con calidez y humanismo en el proceso de muerte.⁽³⁾ Para otorgar una muerte digna, es preciso aceptar el derecho de cada persona a dar el significado sobre esta, y partir de este mundo sin sufrimiento.⁽²⁾

Frente a la jerarquía médica presente en esta investigación, se plantea la dificultad ética de medicina que atiende personas hacia el final de la vida, que quiere preservarla, cuando la persona se expresa sobre el deseo de una muerte digna por sobre el uso de TSV,⁽²⁾ así, la comunicación y toma de decisiones particulares de este profesional son una problemática que conlleva a la continuación innecesaria de TSV.⁽²¹⁾ En Corea del Sur, la implementación de una Ley específica para el buen morir afectó en forma positiva la calidad de la muerte en UCI, mejoró los problemas ético legales asociados el retiro de TSV;⁽²²⁾ en Chile, solo existe la iniciativa de Ley: Eutanasia: El derecho de morir en paz.⁽²³⁾

Es crítico que los profesionales de la salud y las personas tengan conversaciones de confianza, expresen sus deseos,^(2,3) y acuerden sobre la terapia con la persona o familiar.^(6,18) Cada cultura varía en gran medida su comportamiento en el proceso de final de vida, desde la figura central de la persona, hasta la atención brindada por los profesionales de la salud.⁽¹⁸⁾ No obstante, estudios realizados en Estados Unidos informan que, aunque existen interacciones entre medicina y familiares respecto al tema de final de la vida, estas carecen de comunicación relativo a preferencias y deliberación en UCIs.⁽²⁴⁾ Al igual que este estudio, identifica como un pilar en la atención al final de la vida en las UCIs, la comunicación de los miembros del equipo de salud y los familiares.⁽³⁾ Ahora bien, el equipo de salud jordano considera como el mayor obstáculo que los familiares entiendan lo que significa la muerte

y las medidas de final de vida,⁽²¹⁾ y persiste este conflicto incluso al enfrentar al familiar del difunto.⁽⁴⁾

Otro factor determinante en este proceso es el enfrentamiento a una crisis como la COVID-19. Como recomendación en pandemia para la atención en fin de vida en UCIs, se recalcó el uso de tecnología de la información para mantener el vínculo de las personas hospitalizadas con sus seres queridos,^(9,25) para, así, poder despedirse, con videollamada u otra forma de contacto, es un soporte emocional a familiares, con un cuidado personalizado adaptado a la pandemia.^(9,26) Enfermería considera que es necesario dar flexibilidad a las familias para despedirse y realizar los ritos de final de vida.⁽¹⁸⁾ No obstante, algunas UCIs niegan a los familiares el derecho a acompañar a su ser querido en la muerte.⁽⁴⁾

Así, la terapia crítica se implementa durante un período determinado y se evita la inutilidad de la TSV.⁽⁶⁾ Es necesario tener discusiones éticas en UCIs, se debe aplicar medidas terapéuticas individualizadas, y que cada persona o familiar pueda decidir al respecto; y pasar a CCPP.⁽²⁷⁾ Un estudio, en Barcelona-España, plantea que los factores asociados a la sobrevivencia de las personas en UCI con TSV son: edad, motivo de admisión, riesgo de muerte y razones de motivos de TSV al ingreso.⁽⁵⁾

Los cuidados críticos centrados en la persona se correlacionan con la calidad de morir, y aumentan sin reanimación previo a la muerte.⁽¹⁹⁾ Es preciso preparar a los familiares para estas conversaciones y mejorar las habilidades de comunicación médicas e incorporar las preferencias de las personas en el tratamiento.⁽²⁴⁾ Posterior a la muerte del individuo en UCIs, Enfermería es quien otorga casi todas las conductas de apoyo;⁽¹⁸⁾ una muerte sin reanimación y retiro TSV, se relaciona con menor ansiedad y síntomas depresivos en familiares posterior a la muerte.⁽²⁸⁾

Los CCPP en UCIs están en aumento, y ya no solo es restrictiva al final de la vida; se entiende que mejoran la calidad de vida y dan una muerte digna,^(18,29) sin restringir el actuar del equipo de salud al limitar la terapia inútil,⁽⁶⁾ así, esto se torna fundamental en la implementación de la Ley 21.375 CCPP Universales que entró en vigor en 2022.⁽¹⁰⁾ Es vital que el conocimiento sobre el proceso de muerte en UCIs sea empleado en forma estratégica, para reforzar la política regional y nacional.⁽³⁰⁾

Respecto al CEA, en Castelló-España⁽³¹⁾ señalan que medicina refiere mayores conflictos éticos que Enfermería, un cuarto del equipo refirió haber tenido dilemas éticos con procesos

con personas en final de vida. Se presenta la necesidad de explorar las percepciones médicas sobre el final de vida y buscar soluciones,⁽²¹⁾ se considera que retirar un tratamiento tiene mayor alcance moral que no iniciarlo.⁽⁷⁾ Para personas y familiares, acudir al CEA supone mayor carga emocional, es preciso conocer el contexto legal frente al deseo de apresurar el proceso de muerte en situación terminal.⁽⁷⁾

Concerniente a la ciencia de Enfermería, los hallazgos de esta investigación son relevantes para mejorar el desarrollo de la profesión en esta área, así disponer de información sobre el desempeño del rol de Enfermería en el proceso de muerte a nivel hospitalario en las UCIs, tanto a nivel de la disciplina, como por ser parte del equipo de trabajo de salud.

Como limitación esta investigación presenta falta de visión de los equipos de salud que se desempeñan en hospitales privados del país, quienes pudieran tener otras formas de relacionarse con el proceso de muerte.

En conclusión, las muertes en Unidades de Cuidados Intensivos se encuentran intervenidas por el uso de tecnologías. Las instituciones hospitalarias poseen una cultura jerárquica que dificulta las decisiones y el trabajo en equipo, y reproducen prácticas heterogéneas en torno a los procesos de muerte. Es necesario abordar el problema desde la construcción de políticas públicas con una mirada colectiva hacia un proceso de muerte digno.

Referencias bibliográficas

1. Sábado JT. Miedo y ansiedad ante la muerte en el contexto de la pandemia de la COVID-19. Rev Enferm Salud Ment. 2020;(16):26-30. DOI: <https://doi.org/10.5538/2385-703X.2020.16.26>
2. Escalante-Martínez V. El derecho a una muerte digna, una elección libre. Rev Espec En Investig Juríd. 2020;(7):100-20. DOI: <https://doi.org/10.20983/reij.2020.2.5>
3. Kaneko-Wada F de JT, Domínguez-Cherit G, Colmenares-Vásquez AM, Santana-Martínez P, Gutiérrez-Mejía J, Arroliga AC. El proceso de muerte en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Punto de vista médico, tanatológico y legislativo. Gac Med Mex. 2015 [acceso 25/02/2024];151:628-34. <https://core.ac.uk/download/pdf/227471751.pdf>
4. García-Avendaño D, Ochoa-Estrada M, Briceño-Rodríguez I. Actitud del personal de Enfermería ante la muerte de la persona en la unidad de cuidados intensivos: estudio

- cuantitativo. Duazary Rev Int Cienc Salud. 2018;15(3):281-93. DOI: <https://doi.org/10.21676/2389783X.2421>
5. Rubio O, Arnau A, Cano S, Subirà C, Balerdi B, Perea ME, *et al.* Limitation of life support techniques at admission to the intensive care unit: a multicenter prospective cohort study. J Intensive Care. 2018;6(1):1-9. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40560-018-0283-y>
6. Damps M, Gajda M, Stołtny L, Kowalska M, Kucewicz-Czech E. Limiting futile therapy as part of end-of-life care in intensive care units. Anaesthesiol Intensive Ther. 2022;54(3):279-84. DOI: <https://doi.org/10.5114/ait.2022.119124>
7. Solsona F. El Consultor de ética: fortalezas y debilidades. EIDON Rev Esp Bioét. 2018;(50):72-9. DOI: <https://doi.org/10.13184/eidon.50.2018>
8. Gobierno de Chile. Aprueba Reglamento para la Constitución y Funcionamiento de Comités de Ética Asistencial. Decreto 62. 2013 [acceso 25/02/2024]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma = 1052731>
9. Jeitziner MM, Camenisch SA, Jenni-Moser B, Schefold JC, Zante B. End-of-life care during the COVID-19 pandemic—what makes the difference? Nurs Crit Care. 2021;26(3):212-4. DOI: <https://doi.org/10.1111/nicc.12593>
10. Gobierno de Chile. Consagra los cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves. Ley 21.375 mar 21, 2022 [acceso 25/02/2024]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma = 1166846&tipoVersion = 0>
11. Denzin NK, Lincoln YS. The SAGE handbook of qualitative research. 5: e uppl. Los Angeles: SAGE; 2017.
12. Van-Dijk TA. Ideología y análisis del discurso. Utopía Prax Latinoam. 2005 [acceso 25/02/2024];10(29):9-36. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid = S1315-52162005000200002
13. Lincoln YS, Guba EG. Criteria for Assessing Naturalistic Inquiries as Reports. 1988 [acceso 25/02/2024]. Disponible en: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED297007.pdf>
14. CEISH. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos. 2024 [acceso 25/02/2024]. Disponible en: <http://ceish.med.uchile.cl/>
15. Emanuel EJ, Wendler D, Killen J, Grady C. What makes clinical research in developing countries ethical? The benchmarks of ethical research. J Infect Dis. 2004 [acceso

- 25/02/2024];189(5):930-7. Disponible en: <https://academic.oup.com/jid/article-pdf/189/5/930/6024850/189-5-930.pdf>
16. Cáceres-Rivera DI, Cristancho-Zambrano LY, López-Romero LA. Actitudes de las enfermeras frente a la muerte de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos. *Rev Cienc Salud*. 2019;17(3):98-110. DOI: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8368>
17. Parra-Giordano D, Bustos-Donoso I, Albayay-Gatica M, Cepeda-Órdenes C, Coliboro-Navarro T. Miedo a la muerte en una muestra de estudiantes de Enfermería. *Med Paliativa*. 2022;30(2):51-7. DOI: <https://doi.org/10.20986/medpal.2022.1345/2022>
18. Xu D dan, Luo D, Chen J, Zeng J li, Cheng X lin, Li J, et al. Nurses' perceptions of barriers and supportive behaviors in end-of-life care in the intensive care unit: a cross-sectional study. *BMC Palliat Care*. 2022;21(1):1-10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01020-4>
19. Lee H, Choi SH. Factors associated with quality of dying and death in Korean intensive care units: Perceptions of nurses. En: *Healthcare*. MDPI; 2021;9(1):40. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare9010040>
20. Heidenreich K, Bremer A, Materstvedt LJ, Tidefelt U, Svantesson M. Relational autonomy in the care of the vulnerable: health care professionals' reasoning in Moral Case Deliberation (MCD). *Med Health Care Philos*. 2018;21:467-77. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11019-017-9818-6>
21. Almansour I, Seymour JE, Aubeeluck A. Staff perception of obstacles and facilitators when providing end of life care in critical care units of two teaching hospitals: A survey design. *Intensive Crit Care Nurs*. 2019;53:8-14. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.04.003>
22. Lee YJ, Ahn S, Cho JY, Park TY, Yun SY, Kim J, et al. Change in perception of the quality of death in the intensive care unit by healthcare workers associated with the implementation of the "well-dying law". *Intensive Care Med*. 2022;48(3):281-9. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06597-7>
23. Iniciativa de Ley: "Eutanasia: El derecho de morir en paz", Chile. 2015 [acceso 25/02/2024]. Disponible en:

https://www.bcn.cl/delibera/show_iniciativa?id_colegio=1264&idnac=2&patro=0&nro_to_rneo=2015

24. Scheunemann LP, Ernecoff NC, Buddadhumaruk P, Carson SS, Hough CL, Curtis JR, *et al.* Clinician-family communication about patients' values and preferences in intensive care units. *JAMA Intern Med.* 2019;179(5):676-84. DOI:

<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.0027>

25. Galazzi A, Binda F, Gambazza S, Lusignani M, Grasselli G, Laquintana D. Video calls at end of life are feasible but not enough: A 1-year intensive care unit experience during the coronavirus disease-19 pandemic. *Nurs Crit Care.* 2021;26(6):531-3. DOI:

<https://doi.org/10.1111/nicc.12647>

26. Gobierno de Chile M de S. Orientación técnica cuidados paliativos universales departamento de rehabilitación y discapacidad división de prevención y control de enfermedades. 2022.

27. Lenz K. Angewandte klinische Ethik. *Med Klin - Intensivmed Notfallmedizin.* 1 de noviembre de 2020;115(8):649-53. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00063-020-00738-4>

28. Tang ST, Huang CC, Hu TH, Lo ML, Chou WC, Chuang LP, *et al.* End-of-life-care quality in ICUs is associated with family surrogates' severe anxiety and depressive symptoms during their first 6 months of bereavement. *Crit Care Med.* 2020;49(1):27-37. DOI: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004703>

DOI: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004703>

29. Effendy C, Yodang Y, Amalia S, Rochmawati E. Barriers and facilitators in the provision of palliative care in adult intensive care units: a scoping review. *Acute Crit Care.* 2022;37(4):516-26. DOI: <https://doi.org/10.4266/acc.2022.00745>

30. Dzeng E, Bein T, Curtis JR. The role of policy and law in shaping the ethics and quality of end-of-life care in intensive care. *Intensive Care Med.* 2022;48(3):352-4. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00134-022-06623-2>

31. Pons-Valls F, Marcos-González E, Vera-Remartínez E, Bernat-Adell MD, García-Guerrero J. Conocimiento del Comité de Ética Asistencial (CEA) entre profesionales sanitarios de un hospital general. *Cuad Bioét.* 2020;31(103):357-66. DOI:

<https://doi.org/10.30444/CB.75>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización: María Cristina Paredes-Escobar.

Curación de datos: María Cristina Paredes-Escobar.

Análisis formal: María Cristina Paredes-Escobar-Alejandra Fuentes-García.

Adquisición de fondos: María Cristina Paredes-Escobar.

Investigación: María Cristina Paredes-Escobar-Alejandra Fuentes-García.

Metodología: María Cristina Paredes-Escobar-Alejandra Fuentes-García.

Administración del proyecto: María Cristina Paredes-Escobar-Alejandra Fuentes-García.

Recursos: María Cristina Paredes-Escobar.

Supervisión: María Cristina Paredes-Escobar-Alejandra Fuentes-García.

Validación: María Cristina Paredes-Escobar-Alejandra Fuentes-García.

Visualización: María Cristina Paredes-Escobar -Alejandra Fuentes-García.

Redacción – borrador original: María Cristina Paredes-Escobar-María Angélica Saldías-Fernández-Denisse Parra-Giordano.

Redacción – revisión y edición: María Cristina Paredes-Escobar-Alejandra Fuentes-García-María Angélica Saldías-Fernández-Denisse Parra-Giordano.