



CRÓNICAS BAJO LA LÁMPARA





CRÓNICAS BAJO LA LÁMPARA

AUTORES DOCENTES

- © Fernando Javier Sánchez Ross
- © Paulo Cesar Balseca Cobos
- © Lizeth Pacari Salazar Santacruz
- © Jessica Sofía Toapanta Cóndor
- © Vèronica Alexandra Ayala Muñoz

AUTORES ESTUDIANTES

- © Anthony Israel Chaluisa Suquillo
- © Nichole Valery Chin Buñay
- © Jessica Anabel Gavilanez Defaz
- © Maryuri Tatiana Gualoto Puga
- © Aisha Sarahi Anzulez Sarango
- © Marilyn Jessenia Paredes Nuñez

MENTOR

PhD. Humberto Elizalde Ordoñez

Casa Editorial Sin Fronteras CESFRO SAS.
140 pág. / Formato A5
Cuenca - Ecuador

Primera Edición Digital
Publicado el 14 de Abril de 2026

ISBN: 978-9942-7490-9-3

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.19510912>

Crónicas bajo la lámapra

Autores:

- © Fernando Javier Sánchez Ross
- © Paulo Cesar Balseca Cobos
- © Lizeth Pacari Salazar Santacruz
- © Jessica Sofia Toapanta Cóndor
- © Vèronica Alexandra Ayala Muñoz
- © Anthony Israel Chaluisa Suquillo
- © Nichole Valery Chin Buñay
- © Jessica Anabel Gavilanez Defaz
- © Maryuri Tatiana Gualoto Puga
- © Aisha Sarahi Anzulez Sarango
- © Marilyn Jessenia Paredes Nuñez

Revisores

Jeffrey John Pavajeau Hernández
Zully Shirley Díaz Alay

Se prohíbe la reproducción, distribución o comunicación pública, total o parcial, de la presente obra sin autorización expresa, salvo reproducción literal con el debido reconocimiento de los derechos intelectuales de los autores y de la editorial.

Esta obra está bajo una licencia internacional. Creative Commons Atribución-No Comercial Sin Derivadas 4.0.



ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL	5
PRÓLOGO	10
INTRODUCCCIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO I: MI VIAJE COMO ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA	1
Introducción	2
Desarrollo	3
Conclusiones.....	6
CAPÍTULO II: EXPLORANDO EXPERIENCIAS CLÍNICAS FRENTE AL DOLOR.....	7
Introducción	8
Desarrollo	9
Conclusiones.....	11
CAPÍTULO III: CUANDO LA VOZ DEL PACIENTE PASA DESAPERCIBIDA	13
Introducción	14
Desarrollo	15
Conclusiones.....	16
CAPÍTULO IV: APARTAR LA PIEDRA DEL CAMINO	18
Introducción	19
Desarrollo	19
Conclusiones.....	22
CAPÍTULO V: ARRUGAS Y AUSENCIAS, ECOS DE UNA MIRADA TRISTE.....	23
Introducción	24
Desarrollo	24

Conclusiones	26
CAPÍTULO VI: CÁNCER TERMINAL SIN VOZ: UN JOVEN Y SUS DESEOS SILENCIADOS.....	28
Introducción.....	29
Desarrollo.....	30
Conclusiones	31
CAPÍTULO VII: PRIMERA INTERVENCIÓN BIOÉTICA EN LABOR DE PARTO: TEMOR, AUTONOMÍA Y APRENDIZAJE ÉTICO	33
Introducción.....	34
Desarrollo.....	35
Conclusiones	37
CAPÍTULO VIII: VULNERABILIDAD DEL CUIDADO.....	38
Introducción.....	39
Desarrollo.....	40
Conclusiones	43
CAPÍTULO IX: LA SERENIDAD EN MEDIO DEL CAOS: UNA HISTORIA DE ENFERMERÍA.....	44
Introducción.....	45
Desarrollo.....	45
Conclusión.....	47
CAPÍTULO X: SER ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA, LA VOLUNTAD PARA CONTINUAR	49
Introducción.....	50
Desarrollo.....	52
Conclusión.....	53
CAPÍTULO XI: ARMONIZACIÓN DE LOS PRINCIPIOS ÉTICOS	54

Introducción	55
Desarrollo	55
Conclusión	58
CAPÍTULO XII: DIÁLISIS EN SOLEDAD	59
Introducción	60
Desarrollo	62
Conclusiones.....	62
CAPÍTULO XIII: SILENCIOS EN LA PIEL	64
Introducción	65
Desarrollo	67
Conclusión	68
CAPÍTULO XIV: HERIDA DE BALA Y PREJUICIOS: UN CASO DE BIOÉTICA HOSPITALARIA.....	69
Introducción	70
Desarrollo	71
Conclusiones.....	73
CAPÍTULO XV: GRATITUD VS. ÉTICA EN ENFERMERÍA .	74
Introducción	75
Desarrollo	77
Conclusiones.....	78
CAPÍTULO XVI: NEGLIGENCIA EN PEDIATRÍA: ¡IRISAS VS. VIDAS!.....	80
Introducción	81
Desarrollo	82
Conclusiones.....	83
CAPÍTULO XVII: ¡HOMBRES EN ENFERMERÍA: ¡ESTIGMA VS. VOCACIÓN!	85
Introducción	86

Desarrollo.....	87
Conclusiones	89
CAPÍTULO XVIII: ¡ENTRE FE Y DECISIÓN!	90
Introducción.....	91
Desarrollo.....	92
Conclusiones	93
CAPÍTULO XIX: DECISIONES TEMEROSAS	95
Introducción.....	96
Desarrollo.....	96
Conclusión.....	98
CAPÍTULO XX: DILEMA MORTAL: EUTANASIA, FE Y SILENCIO FRATERO	100
Introducción.....	101
Desarrollo.....	102
Conclusiones	104
CAPÍTULO XXI: ENTRE LA INCERTIDUMBRE Y LA RESIGNACIÓN	105
Introducción.....	106
Desarrollo.....	106
Conclusión.....	109
CAPÍTULO XXII: ENTRE EL SILENCIO Y LA CALMA	110
Introducción.....	111
Desarrollo.....	112
Conclusión.....	114
CAPÍTULO XXIII: INSULINA Y SUSPIROS NEONATALES	115
Introducción.....	116
Desarrollo.....	117

Conclusiones.....	119
CAPÍTULO XXIV: EL AMOR INCONDICIONAL, ES LA VOCACIÓN DEL CUIDADO	120
Introducción	121
Desarrollo	121
Conclusiones.....	124
CAPÍTULO XXV: ENTRE MANOS QUE CUIDAN Y DILEMAS QUE ENSEÑAN	125
Introducción	126
Desarrollo	127
Conclusiones.....	129
CAPÍTULO XXVI: BIOÉTICA COMO EMPATÍA, NO COMO DOGMA.....	130
Introducción	131
Desarrollo	131
Conclusiones.....	135
CAPÍTULO XXVII: LAZO DE VIDA EN TIERRA EXTRAÑA	136
Introducción	137
Desarrollo	137
Conclusión	140

PRÓLOGO

El acto de cuidar trasciende los límites de una disciplina del área de salud; ante todo, representa un encuentro constante entre ciencia y humanidad. Desde una mirada, cada experiencia vivida gratificante o dolorosa se convierte en un fragmento esencial de aprendizaje que, con el paso del tiempo, moldea la identidad personal y profesional de quien cuida. Bajo esta premisa, el libro reúne relatos surgidos del ejercicio cotidiano del cuidado, narraciones que revelan no solo su complejidad, también la profunda sensibilidad que exige acompañar a seres humanos en momentos decisivos de su existencia. En el desarrollo de sus páginas, se entrelazan vivencias que reflejan la verdadera dimensión del que hacer enfermero: satisfacción ante recuperación de un paciente, angustia frente a situaciones críticas, desafío de tomar decisiones bajo presión y compromiso ético que orienta cada intervención. De esta manera, cada historia se presenta como un recordatorio de que cuidar no constituye un acto mecánico ni rutinario, sino un proceso profundamente humano en el que conocimiento científico y sensibilidad convergen junto a empatía.



CAPÍTULO I

MI VIAJE COMO ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA

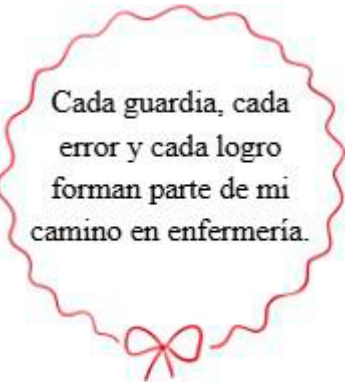
Yrimy Jose Alcivar Vera



Introducción

Después de culminar la etapa del colegio y obtener el título, surgieron inevitablemente preguntas como: ¿ahora qué hago con mi vida? Había dejado atrás la niñez; ahora era adulto. Debía prepararme para enfrentar el mundo, pensando en independizarme y, quizás, formar una familia en el futuro.

Sin embargo, el sentido de responsabilidad implícito generaba dudas profundas. Aparecía la preocupación por construir una vida estable, tanto en lo económico como en lo social. Sentí un torbellino de emociones, pero también un persistente “nudo en la garganta”. Habían pasado cinco años intensos, llenos de sueños rotos y reconstruidos, de noches sin dormir y amaneceres cargados de esperanza.



Cada guardia, cada error y cada logro forman parte de mi camino en enfermería.

Entonces comenzó la búsqueda. La carrera ya estaba definida: Enfermería. Pero surgía otra gran interrogante: ¿En qué universidad estudiar? Consideré incluso la posibilidad de migrar, aunque los recursos económicos representaban una limitación importante. Finalmente, en mi misma ciudad, una universidad con pocos años de fundación ofertaba la carrera.

Con mucha emoción inicié el proceso de admisión; sin embargo, la realidad golpeó con fuerza: anatomía compleja, prácticas en hospitales abarrotados y pacientes con historias que parten el alma. Me preguntaba constantemente: ¿estoy listo? Las incertidumbres me acompañaron desde el primer día: el miedo a equivocarme, a no ser suficiente.

Pero también hubo momentos de luz: el primer “gracias” de un niño, la calidez de un equipo unido, el aprendizaje compartido.

Comprendí que esta carrera no es solo estudiar; es reinventarse, adaptarse a lo impredecible y crecer constantemente.

Hoy, a mitad de la carrera, miro hacia atrás y reconozco no solo la ilusión de obtener un título académico, sino una profunda transformación personal. He descubierto en mí la paciencia y el amor; he desarrollado la capacidad de interactuar con personas desconocidas y he fortalecido mi vocación de servicio como futuro enfermero.

Todo ello bajo la guía de los principios bioéticos que orientan nuestra práctica: autonomía, vulnerabilidad, justicia, beneficencia y no maleficencia. Asimismo, he comprendido la importancia de evitar la impericia, la imprudencia y la negligencia. Estos principios me han enseñado que la vida es frágil... y cuidarla es un privilegio tan valioso como aterrador.

Aun así, persisten las preguntas que acompañan este camino:

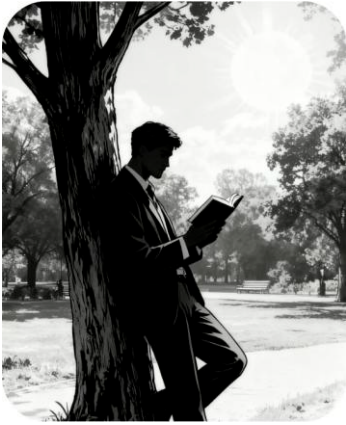
- ¿Podré manejar la presión de tener una vida en mis manos?
- ¿Cómo superar el miedo a la muerte que acecha en cada esquina?
- ¿Encontraré alegría en medio del caos cotidiano?
¿Serán siempre los principios bioéticos la base de cada atención?

Desarrollo

Las primeras semanas fueron un vendaval de incertidumbres. Recuerdo mi primer día en el laboratorio de prácticas: el profesor nos mostró un maniquí para inyecciones. Mis manos sudaban; temblaban tanto que la aguja se desviaba! “¿Y si en un paciente real fallo?”, pensaba, con el estómago revuelto. Esa noche casi no concilié el sueño, cuestionándome todo: ¿por qué elegí esto? Los miedos se multiplicaban: miedo al fracaso, al juicio de profesores estrictos, a enfrentar el sufrimiento real. En la asignatura de Anatomía,

diseccionar modelos me provocaba náuseas; iel cuerpo humano, tan perfecto y tan vulnerable!

Luego vino la rotación en el hospital. ¡Dios mío! El olor a desinfectante, los gemidos en pasillos interminables, los monitores pitando como alarmas de pánico. Mis primeros pacientes: ojos hundidos, con un trasfondo de tristeza, preocupación y dolor, me miraban de forma suplicante. ¡No! Solo podía aliviar el dolor, cambiar vendas y ofrecer una mano.



Pero fallé algunas veces: se me caían las gasas, confundía equipos; me dolía el dolor ajeno. Creo que empatizaba demasiado, mientras algunos docentes increpaban mis decisiones. Varias veces, sollozando, revisaba contenidos teóricos complejos y extensos: farmacología, anatomía, bases teóricas, bioética y muchos más. Sentía miedo puro: ¿soy un peligro? Las incertidumbres me paralizaban; dudaba de cada paso,

de cada decisión.

La adaptación no fue lineal; fue un baile torpe. Poco a poco, los miedos cedieron ante las rutinas. En las pasantías comunitarias, el contacto directo con asentamientos humanos sin infraestructura sanitaria me marcó profundamente. Las charlas de promoción de la salud, las demostraciones de estilos de vida saludables y, en el entorno hospitalario, la complejidad del dolor, sumadas al trabajo con otros estudiantes y al contacto con profesionales de distintas áreas, hacían más difícil la decisión de continuar. Aun así, decidí mantenerme firme en medio del torbellino.

Pero no todo fueron derrotas; también hubo triunfos. En emergencias presencié un accidente vial: un joven motero, con

sangre por todos lados, y su familia afuera, desesperada. “¿Está vivo?”, preguntaron. El doctor me miró: “¡Actúa, no preguntes!”. Limpié heridas, coloqué apósitos con manos aún temblorosas. Murió esa noche. ¿Fue mi culpa? No, pero el miedo me consumió. Lloré con mis compañeros en la cafetería, compartiendo chocolates y confesiones. “Todos pasamos por esto”, dijo una enfermera ya graduada. Esa solidaridad fue clave para adaptarme. Decidimos continuar en grupos de estudio: noches hasta las 2 a. m., entre cafés, risas nerviosas por profesores exigentes y recuerdos de exámenes fallidos.



Las alegrías comenzaron a brotar como flores en el desierto. En pediatría, un niño con fiebre alta me tomó la mano: “Eres mi amigo, no me dejes”. ¡Qué calidez! Jugábamos a dibujar mientras conciliaba el sueño; su risa disipaba mis miedos. En cirugía, cuando colaboré en una apendicitis, el bisturí marcaba el ritmo y mi rol

en el conteo de gasas era preciso. “¡Buen trabajo, estudiante!”, dijo el cirujano. Esos momentos me impulsaron.

Aprendí una adaptación extrema: tapabocas que asfixian, turnos de 12 horas; pero también innovación, como el uso de aplicaciones para seguimiento remoto y nuevas formas de empatía, incluso virtual.

Entre teorías y prácticas, llegaba el clímax: jornadas de 12 horas monitoreando signos vitales, ajustando ventiladores; imiedo constante ante un pitido fatal! Cambios de posición en pacientes

encamados, revisión de bitácoras, registro y medición de exudados o secreciones corporales, a veces con el estómago revuelto.

Al llegar a casa, la cama me invitaba al descanso; sin embargo, la preocupación por cumplir con tareas y lecciones anulaba esa invitación. Entonces preparaba café y continuaba despierto. Pronto llegaba el amanecer: otra vez organizar el uniforme, los útiles de estudio y guardar algo de refrigerio.

El proceso de adaptación me fortaleció: pasé de ser un estudiante novato y frágil a uno resiliente, en mitad de la carrera. Los miedos no desaparecen —aún tiemblo ante las emergencias—, pero ahora conviven con alegrías profundas, como ver recuperaciones o enseñar a quienes empiezan. Enfermería es eso: un ciclo constante de duda y superación.

Conclusiones

Mirando la malla curricular, simuló las expectativas a futuro. Ser estudiante de enfermería es una odisea de contrastes. Las incertidumbres iniciales —¿soy capaz?— se transformaron en confianza forjada en fuego. Los miedos, itan reales!, me enseñaron humildad: no soy superhéroe, solo humano dedicado. Las alegrías, pequeñas pero intensas, como un "gracias" o una seña de alegría, iluminaron los días oscuros. La adaptación fue el hilo conductor: de manos temblorosas a gestos precisos, de lágrimas solitarias a risas compartidas.

Este camino aún en proceso me regaló más que conocimiento; me dio empatía profunda, resiliencia inquebrantable, un sentido de propósito. Hoy, como estudiante, enfrentó realidades: turnos eternos, burocracia, pero también impacto real. ¿Vale la pena? ¡Absolutamente! Recomiendo esta carrera a quien busque pasión auténtica, dispuestos a abrazar miedos y celebrar alegrías. ¡Adelante, futuros enfermeros: el corazón late por servir!



CAPÍTULO II


EXPLORANDO EXPERIENCIAS CLÍNICAS FRENTE AL DOLOR

Joselyn Estefania Andino Cruz




Introducción

Sin tildar de negligencia, los diagnósticos oncológicos deben ser oportunos; de lo contrario, se incurre en un error ético que vulnera principios elementales de la atención sanitaria. La esencia de la atención oncológica radica en fortalecer la autonomía, ya que las personas afectadas tienen la posibilidad de elaborar documentos de voluntades anticipadas. Asimismo, se sustenta en el principio de beneficencia, pues el objetivo de la medicina es hacer el bien; sin embargo, por inacción, se transgrede la no maleficencia, debido a omisiones que condicionan la disminución de tratamientos eficaces en el momento preciso.



El dolor no solo se siente, se interpreta y se vive.



A lo anterior se asocian elementos de la justicia distributiva, como la insuficiencia de recursos y las desigualdades derivadas de los estratos sociales más vulnerables. Desde la realidad profesional, la

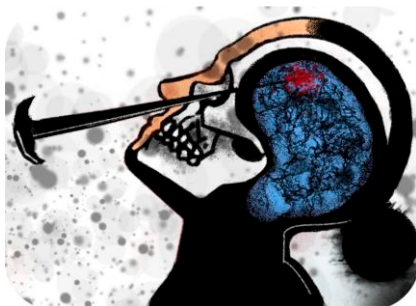
exigencia ética es fundamental para no caer en el silencio ni en la minimización del problema, ya que estas actitudes erosionan la confianza y generan un daño moral adicional. Asimismo, al considerar las reacciones emocionales del entorno familiar, se evidencia un sentimiento de culpa tanto en los allegados como en los profesionales de salud que perciben fallas en la respuesta institucional; a criterio personal, estos elementos perpetúan un círculo de negligencia. Desde el conocimiento de la bioética, surgen las siguientes interrogantes:

- ¿Qué principios bioéticos son vulnerados cuando los diagnósticos oncológicos se retrasan por negligencia?

- ¿Cómo reaccionan los familiares al observar inequidades estructurales del sistema sanitario?
- ¿Qué responsabilidades éticas deben asumir los profesionales de salud?

Resulta conmovedor percibir reacciones emocionales de angustia derivadas de cuadros dolorosos intensos y prolongados. La persistencia del malestar motiva a los pacientes a peregrinar por diversas unidades asistenciales. En cada consulta, la ausencia de diagnósticos concretos deja huellas de frustración que se extienden al núcleo familiar. Esto evidencia desafíos en la práctica clínica, especialmente en contextos donde la experiencia para diagnosticar oportunamente enfermedades oncológicas es limitada, debido a que estas pueden simular manifestaciones aparentemente simples.

En consecuencia, la angustia experimentada se convierte en un factor que impulsa la búsqueda de tratamientos alternativos, muchas veces carentes de respaldo científico, sin lograr mitigar el dolor ni mejorar la calidad de vida. Este escenario abre un espacio



relevante para el rol de enfermería, particularmente en el abordaje de aspectos biopsicosociales, mediante el manejo sintomático y el acompañamiento emocional y educativo.

Desarrollo

Durante el proceso de atención, la preocupación del estudiante, sumada a las funciones limitadas, dificulta intervenir eficazmente frente al deterioro progresivo del estado general del paciente. Esta situación se vuelve particularmente significativa al acompañar al paciente tras la

confirmación de un diagnóstico oncológico en estadio metastásico.

"Danzando bajo hilos invisibles, la voluntad se dobla al ritmo de manos ajenas."



Para el estudiante, esta experiencia representa una oportunidad invaluable, al enfrentar las dificultades propias de la práctica clínica en escenarios donde la vulnerabilidad humana es evidente y exige una respuesta empática y perseverante. La complejidad del caso pone de manifiesto que el dolor persistente, aun en ausencia de un diagnóstico inicial, debe ser valorado con rigor, evitando subestimar su gravedad.

En este contexto, la enfermería adquiere un rol protagónico en la generación de confort para pacientes que atraviesan procesos altamente demandantes en el plano emocional. A partir de esta experiencia, el aprendizaje trasciende lo técnico y se orienta hacia un enfoque humanista, fortaleciendo competencias esenciales para el ejercicio profesional. De esta manera, se enriquece la formación integral del estudiante y se consolida el compromiso con un cuidado centrado en la persona.

La experiencia clínica también permite evidenciar el impacto emocional del cuidado enfermero. La angustia generada por el dolor persistente, sumada a la incertidumbre ante la ausencia de un diagnóstico oportuno, intensifica el desgaste emocional

tanto del paciente como del entorno familiar, evidenciando una búsqueda prolongada e infructuosa de alivio.

En este escenario, el hecho de ser estudiante de enfermería permite convivir con realidades complejas que, lejos de desalentar, se convierten en impulsos para el proceso formativo. Estas experiencias, aunque dolorosas, resultan profundamente reveladoras, ya que permiten comprender que el sufrimiento trasciende la esfera física y afecta la estabilidad emocional, social y espiritual.

En ocasiones, estas vivencias han generado dudas sobre la vocación profesional; sin embargo, también han impulsado el desarrollo de habilidades fundamentales, como la escucha activa, el acompañamiento respetuoso y la comunicación clara. Ser testigo del impacto de un diagnóstico tardío fortalece la conciencia ética y reafirma la necesidad de actuar con humanidad, diligencia y compromiso.

En suma, la práctica clínica se configura como un espacio donde se forja la identidad profesional, comprendiendo que el cuidado va más allá de la técnica: implica presencia, sensibilidad y un respeto absoluto por la dignidad de cada persona.

Conclusiones

Desde la posición de estudiante de enfermería, comprender el impacto de los diagnósticos oncológicos tardíos por negligencia transforma la forma de ver el cuidado. Se trata de errores clínicos, pero también vulneración profunda de principios éticos y morales, entre ellos: respeto por la autonomía, compromiso con el bienestar, responsabilidad profesional en honor a los juramentos de Crimea e Hipocrático. El ser testigo de situaciones difíciles durante las prácticas pre profesionales, me cambia el curso de la vida, porque me permite reflexionar sobre la importancia de actuar con honestidad,

prontitud, eficacia, eficiencia, comunicar con claridad y no normalizar las fallas del sistema.

Esta experiencia formativa impulsa a asumir roles activos, durante la atención en espacios sanitarios, implica defender derechos de pacientes, también refuerza la convicción de empatía asumiendo con fidelidad la responsabilidad del cuidado técnico y ético. En suma, reconocer la vulnerabilidad de personas que transitan por las unidades operativas de salud, fortalece el espíritu de preparación profesional con la finalidad de desarrollar personalidad humana, justa y consciente.



CAPÍTULO III

CUANDO LA VOZ DEL PACIENTE PASA DESAPERCIBIDA

Aisha Anzulez



Introducción

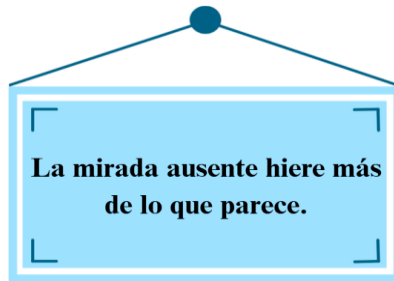
En el ámbito de la salud mental, debe primar el elemento relacional profesional empático, junto con la aplicación de principios bioéticos que fortalezcan el respeto, el trato digno y el bienestar del paciente. Sin embargo, desviar la atención mientras el paciente describe su malestar representa una vulneración e irrespeto a los principios éticos fundamentales que rigen la práctica clínica.

Principalmente, se ve afectado el principio de beneficencia, el cual obliga al profesional de la salud a actuar en el mejor interés del paciente, promoviendo su bienestar y evitando daños. No prestar atención durante la consulta obstaculiza la calidad de la

atención, exacerba las molestias, genera una sensación de abandono y agrava el estado ansioso. En consecuencia, no se cumple con la obligación de proteger la salud mental ni de proporcionar ambientes terapéuticos adecuados.

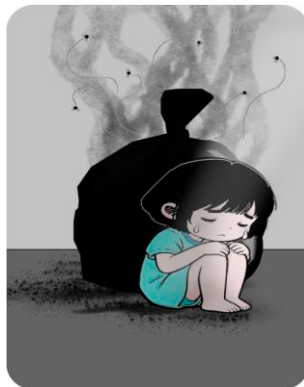
Asimismo, se vulnera el principio de no maleficencia, ya que la falta de atención genera daño emocional. Esta actitud puede interpretarse como desinterés, lo que afecta la confianza del paciente e incluso genera dudas sobre el tratamiento que pueda instaurarse. Esto deriva en consecuencias emocionales adicionales: el paciente puede sentirse rechazado, solo, frustrado, y experimentar mayor miedo, inseguridad o desesperanza

Otro principio comprometido es la autonomía, que reconoce la capacidad del paciente para participar activamente en las decisiones sobre su propio cuidado. Por ello, el profesional debe escuchar atentamente; desatender implica negar espacios de



escucha significativa, limitando la participación plena del paciente en su proceso terapéutico.

Por su parte, el principio de justicia exige igualdad en el trato, garantizando una atención digna y sin discriminación. Priorizar el uso del teléfono celular en lugar de la atención profesional refleja una actitud irrespetuosa e inequitativa. A modo de reflexión personal, la actitud de distracción por parte del psiquiatra evidencia la escasa importancia otorgada al paciente, constituyendo una infracción ética grave que vulnera los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. El cumplimiento de estos principios es un requisito fundamental para construir relaciones terapéuticas auténticas, indispensables para lograr tratamientos efectivos.



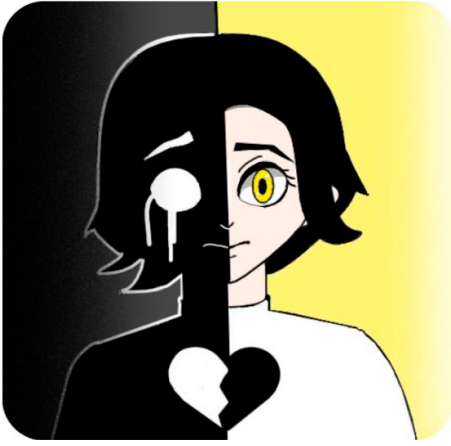
Por ello, es necesario reconocer estas conductas negativas y corregir comportamientos negligentes. Desde mi perspectiva como estudiante de enfermería, con conocimientos en bioética, surgen las siguientes interrogantes:

- ¿Qué principios bioéticos son vulnerados?
- ¿Se respeta verdaderamente al paciente?
- ¿Qué impacto ético tiene la falta de empatía en la atención psiquiátrica?

Desarrollo

Mientras cursaba el módulo de enfermería psiquiátrica y salud mental, durante la rotación en consulta externa, tuve la oportunidad de observar una situación que evidenció la importancia del trato humano en la atención sanitaria. Mientras organizaba historias clínicas en el sistema informático, se presentó una adolescente para

confirmar su turno con el psiquiatra. La observé inquieta: realizaba movimientos involuntarios, su respiración era fácilmente audible y evitaba el contacto visual.



Al ingresar al consultorio, la escena evidenció el desinterés del médico. Con un saludo indiferente, apenas balbuceó: “síentate” y “te escucho”. Mientras la adolescente expresaba, de forma entrecortada, sus molestias, el psiquiatra revisaba su teléfono celular. Era evidente que jugaba; incluso el sonido

del dispositivo se percibía claramente.

La adolescente manifestaba dificultad para dormir, acompañada de pensamientos intrusivos e ideas delirantes; sin embargo, el médico respondía con frases cortas, sin apartar la mirada del dispositivo. Progresivamente, la adolescente bajó el tono de voz hasta quedarse en silencio.

A mi criterio, en ese momento ella sintió que no era importante. Optó por levantarse y dirigirse hacia la salida. No obstante, se detuvo unos segundos en la puerta; visiblemente afectada, con voz entrecortada expresó que sentía que al médico “solo le importaba el dinero y no su caso”. La frustración, acompañada de una profunda sensación de abandono emocional, intensificó su malestar.

Conclusiones

Desde la perspectiva de un estudiante de enfermería con conocimientos en bioética, aprendí la importancia de ser empáticos para ofrecer atención cálida y humana. En la rotación

de enfermería de salud mental y psiquiatría, el principal elemento es cuidar que la sintomatología de exacerbe, sin embargo, en la experiencia vivida la adolescente fue afectada pues no se logró el vínculo terapéutico requerido para aliviar la ansiedad. Debido a la atención inadecuada del médico psiquiatra.

El principio de beneficencia, fue altamente vulnerado por la desatención. Así se trasgrede también, el principio de no maleficencia, porque la experiencia de sentirse ignorado aumenta el sufrimiento. Allanando el respeto a la autonomía, debido a la ausencia de atención socava la autoestima, por ende, la justicia porque desatender por distracción refleja trato inequitativo, que atenta la dignidad y derecho a recibir atención profesional en igualdad de condiciones.

Desde la formación en enfermería, la reflexión ética es indispensable para potenciar la praxis clínica humanizada comprometida, reconociendo la trascendencia de cada encuentro para aplicar la bioética.

En síntesis, cuando la voz del paciente es ignorada o pasa desapercibida, se compromete: salud integral, no confianza en el sistema de salud, en los profesionales. Aprendí que. No se debe perder: el compromiso profesional, escucha activa, acompañamiento permanente acompañamiento terapéutico, mantener la aplicación de: justicia, autonomía, beneficencia y no maleficencia.



CAPÍTULO IV

APARTAR LA PIEDRA DEL CAMINO

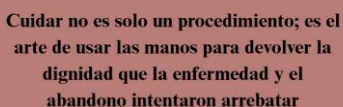
Castro Chimbo Christian Alejandro



Introducción

La enfermería es una vocación de servicio; más allá de ser una profesión, constituye un compromiso con la vida en el quehacer del cuidado humano. Durante el proceso de formación académica, surgen experiencias personales que se convierten en desafíos y, a su vez, en oportunidades para fortalecer el conocimiento. En las ciencias de la salud, el valor agregado radica en aprender, comprender y aplicar los principios bioéticos.

Desde los encuentros áulicos hasta el entorno de prácticas asistenciales, se consolidan interacciones interpersonales orientadas a garantizar un trato humano, empático, respetuoso, justo y benevolente. En este sentido, la bioética actúa como una brújula moral que guía la toma de decisiones. Por ello, me propongo compartir, desde una perspectiva ética, la influencia del aprendizaje académico en el desarrollo personal, considerando la atención integral y holística del ser humano. A modo personal, se plantean las siguientes interrogantes:



Cuidar no es solo un procedimiento; es el arte de usar las manos para devolver la dignidad que la enfermedad y el abandono intentaron arrebatar

- ¿Puedo fortalecer mi compromiso con la vocación de servicio durante mi formación académica?
- ¿De qué manera los principios bioéticos pueden guiar mis decisiones en el cuidado de pacientes?
- ¿Cómo integrar las experiencias académicas y prácticas para ofrecer un trato humano y respetuoso?

Desarrollo

En el quinto ciclo académico, la malla curricular de mi universidad incorpora la cátedra de Bioética. Inicialmente, este campo resultaba poco conocido y carente de relevancia para mí; sin embargo, el contenido revisado permitió comprender que las ideas fundamentales de

la ética se manifiestan a través del respeto por las diversas ideologías, promoviendo ambientes de aprendizaje empáticos, no impositivos ni coercitivos.



Ser estudiante de enfermería implica enfrentarse a temas complejos que requieren un profundo entendimiento del valor ético. En una clase reciente, analizamos el caso de un paciente que rechazó tratamiento médico por motivos religiosos. Esta situación me llevó a reflexionar sobre el principio de autonomía, que reconoce el derecho de los pacientes a tomar decisiones informadas sobre su propia atención médica.

Durante las discusiones, el docente enfatizó la importancia de la justicia y la equidad, recordándonos que todas las personas merecen recibir un trato justo, independientemente de su origen o creencias. En este contexto, comprendí que la bioética no se limita al ámbito teórico, sino que se proyecta hacia situaciones reales que nos preparan para enfrentar dilemas éticos en la práctica profesional.

Más allá del aula, los principios bioéticos moldean al ser humano desde una perspectiva racional y profesional. La enfermería, como profesión altamente cualificada, requiere no solo habilidades técnicas, sino también un profundo sentido de empatía y compasión. A través de la bioética, desarrollé una conciencia crítica que permite alinear las acciones asistenciales con valores humanos, fortaleciendo relaciones interpersonales en entornos académicos y clínicos.

Un momento revelador en mi formación ocurrió durante una práctica clínica en un hospital. Observé a una enfermera que, con naturalidad y experiencia, aplicaba los principios de beneficencia y no maleficencia en cada intervención. Fue inspirador evidenciar su cuidado meticuloso, orientado a aliviar el sufrimiento del paciente y evitar cualquier daño. Esta experiencia me permitió comprender cómo las acciones individuales impactan directamente en la calidad del trato hacia pacientes, compañeros y profesionales de salud.

En las prácticas preprofesionales, los estudiantes nos enfrentamos a escenarios que ponen a prueba nuestra capacidad para aplicar principios bioéticos en tiempo real. Una experiencia significativa ocurrió durante mi rotación en pediatría: un paciente requería un procedimiento doloroso y sus padres



se encontraban visiblemente angustiados. La enfermera a cargo demostró la importancia de la comunicación clara, proporcionando información suficiente para que los padres tomaran decisiones informadas, reflejando así el principio de autonomía.

Asimismo, comprendí la relevancia del consentimiento informado, asegurando que tanto el paciente como sus familiares entiendan plenamente las implicaciones del tratamiento. Esta vivencia reforzó en mí el respeto por la dignidad humana, entendiendo que cada interacción constituye

una oportunidad para demostrar sensibilidad y compromiso ético.

Las relaciones interpersonales, tanto con compañeros como con pacientes y otros profesionales, favorecen el desarrollo de la empatía. Los principios bioéticos orientan la construcción de ambientes colaborativos basados en el respeto. Por ejemplo, en un trabajo grupal sobre cuidados paliativos, enfrentamos dificultades para conciliar distintas perspectivas; sin embargo, al aplicar el principio de justicia, garantizamos que todas las voces fueran escuchadas, promoviendo un entorno equitativo.

La confidencialidad también constituye un pilar fundamental en las relaciones interpersonales. Aprendí que respetar la privacidad del paciente es esencial para construir vínculos de confianza. En este sentido, es imprescindible mantener una conducta ética íntegra, acorde con las exigencias del ejercicio profesional.

Conclusiones

La bioética, se considera alma de enfermería, influyendo en cada decisión. Desde el aula hasta las prácticas clínicas, en cada interacción cotidiana, los principios bioéticos, nos guían para ser profesionales responsables. Al aplicar la bioética, mejoramos nuestro conocimiento técnico, también cultivamos profundo respeto por la dignidad humana.

la bioética, no son normas tajantes, es compromiso hacia la excelencia ético/ moral. Durante la formación profesional de enfermería, debemos abrazar estos principios para convertirnos en defensores del cuidado, asegurando que cada paciente reciba respeto. Así, nuestra formación se enriquece con conocimientos sólidos con bases éticas que nos preparan para enfrentar desafíos del cuidado.



CAPÍTULO V

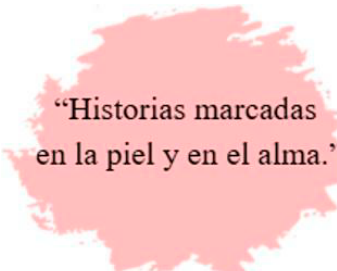
ARRUGAS Y AUSENCIAS, ECOS DE UNA MIRADA TRISTE

Anthony Israel Chaluisa Suquillo



Introducción

En la espaciosa y tranquila sala de un asilo de ancianos, donde el tiempo parece haberse detenido, permanece un adulto mayor. Algo tembloroso, en silencio, con la mirada fija, como si la tristeza lo envolviera al encontrarse en un lugar totalmente desconocido. Aquel anciano, caquético y pacífico, con el rostro surcado por arrugas que evidencian el paso del tiempo, es profundamente frágil. Enfrenta no solo los desafíos propios de la vejez, sino también una tristeza que lo invade.



“Historias marcadas en la piel y en el alma.”

Con el transcurrir de los días en el asilo, el tiempo avanza junto a su vulnerabilidad. Sin embargo, al acercarme para dialogar, expresa con temor: *“Más me duele estar solo, alejado de mi familia; sentirme abandonado”*. Sus palabras, entrecortadas, reflejan una profunda aflicción. Es evidente

la falta de empatía, acompañada de actitudes irrespetuosas por parte de algunos cuidadores, cuyo trabajo parece haberse vuelto mecánico, carente de humanidad.

Desde el conocimiento de la teoría de la humanización del cuidado de Jean Watson, surgen las siguientes interrogantes:

- ¿Cómo mitigar la soledad del adulto mayor?
- ¿Qué impacto tiene la falta de empatía de los cuidadores?
- ¿Cómo fomentar el respeto en el cuidado de la vejez frágil?

Desarrollo

Que impotencia, se siente cuando el rol de estudiante es minimizado en ambientes de prácticas, la opinión no cuenta, pude expresar el malestar generado al observar la actitud de los

cuidadores hacia el adulto mayor. Dedicado a la formación académica de estudiantes de secundaria, además esposo, padre; no comprendo las acciones familiares, para abandonarlo en un centro asistencial. Ahora, en el asilo, sus recuerdos son su única compañía constante. Rememora la vida en compañía, al tiempo que las lágrimas fluyen y corren sobre las mejillas.

Abruptamente es interrumpido por las fuertes palabras de los cuidadores “despierta, hoy te toca baño y cambio de pañales, rápido que no hay tiempo para perderlo contigo”. Entonces me pregunto, será que el trabajo diario insensibiliza... La esencia del valor humano es transformada a la cosificación. Y no quiero



convertirme en un robot de cuidados de enfermería. La sujeción, significa violación al derecho asistencial en libertad. Se roba la dignidad, e impide la autonomía.

Desde la perspectiva de un estudiante de enfermería, durante la práctica pre profesional de enfermería, he quedado perplejo cuando fui testigo de la negligencia del cuidado que se ofrece a los adultos mayores, irrumpen sin pudor en la intimidad corporal, minimizan la personalidad hablando con vejaciones, y supuestamente para evitar caídas, realizan la sujeción del anciano a la cama, resulta triste el cuadro de deshumanización.

Es la simulación nazi muy aproximada a la realidad, por cuanto permanecer en estado consciente varias horas en la misma posición, con funciones intestinales y vesicales no conservadas, sin opción a pedir ayuda, cala lo profundo del alma. Desde mi

conocimiento bioético, se vulnera la participación autónoma, porque se irrespeta la capacidad de cada individuo para tomar decisiones sobre su propia vida y cuidado. La sujeción es un acto de sometimiento, se le niega la oportunidad de ejercer control del propio cuerpo.

Se infringe también el principio de beneficencia, porque las acciones del cuidado no generan bienestar, empeorando el estado hemodinámico con estrés y ansiedad. Al causar daño intencionalmente, se olvidan de la pertenencia del principio de no maleficencia; las zonas que son sujetadas



presentan laceraciones, equimosis, con dolor de mediana intensidad. Es evidente el trato preferencial sobre la humanidad del adulto mayor, transgrediendo el principio de justicia, que demanda no discriminación.

Conclusiones

Es imperativo que los estudiantes y profesionales de enfermería reflexionen acerca de ser: empáticos, compasivos, respetuosos. La formación en bioética es esencial en el currículo de enfermería, por la importancia de conocer elementos prioritarios de la atención. La historia del adulto mayor es un “S.O.S” reflexivo para mejorar la calidad del cuidado. Cada anciano tiene historias propias que deben ser respetadas. Como estudiantes de enfermería, la responsabilidad de defender a los pacientes, independientemente de la

condición. El cuidado compasivo, respetuoso, con esfuerzo y dedicación, para transformar los sistemas de salud.



CAPÍTULO VI

CÁNCER TERMINAL SIN VOZ: UN JOVEN Y SUS DESEOS SILENCIADOS

Nichole Valery Chin Buñay



Introducción

En la unidad de cuidados paliativos, están presentes familiares del paciente adulto joven, con mal pronóstico por cáncer gástrico, más metástasis; originarios de un pueblo indígena, creyentes católicos, aparentemente demuestran paz ante la situación de cercanía con la muerte.

El paciente no formalizó el documento de voluntades anticipadas que guíe las decisiones médicas; por tanto, la familia se enfrenta a tomar

“Cuando la vida se apaga,
su voz aún pide ser
escuchada.”

decisiones sin conocer aspectos bioéticos que pondrán a prueba los valores sobre el amor incondicional. Desde la realidad vivida en la práctica, en calidad de estudiante y aplicando conocimientos de bioética, planteo las siguientes interrogantes:

¿Cómo abordar la ausencia de voluntades anticipadas en un joven terminal? ¿Qué rol juega la empatía en cuidados paliativos sin directivas? ¿Cómo guiar decisiones éticas ante metástasis y familia dividida?



Es difícil entender el dolor que sienten al ver al joven, consumido por la enfermedad; es preocupante tomar decisiones sin el documento de voluntades anticipadas, situación que coloca a todo el equipo que

rodea al paciente con libertad de acción para realizar cuidados terapéuticos, según las preferencias explícitas del paciente.

Desde la experiencia de estudiante, se propone explorar juntos qué sabemos del paciente: valores, vida, miedos, deseos; nos

ayuda a inferir sus preferencias. Posterior a ello, reunirse urgentemente con el médico paliativo para discutir opciones sensatas: terapias de confort, suspensiones de tratamientos agresivos. Además, activar el proceso de sustitución para la toma de decisiones por la familia, proporcionando apoyo legal. Después, documentar decisiones en un formato temporal para honrar la autonomía. Todo ello se enfoca en: acompañamiento en cada paso, escucha activa, incentivando que el cuidado humanizado empieza por la propia familia.

El dilema principal radica en equilibrar la fe católica familiar, que valoran la vida hasta el último aliento, con la realidad médica que demanda cuidados paliativos inmediatos para asegurar la transición digna sin dolor para el paciente en etapa terminal. Mientras la familia busca respuestas espirituales en los consejos del capellán del hospital, la urgencia se intensifica. El tiempo es escaso; por tanto, las decisiones requieren premura para cumplir objetivamente con los elementos precisos del cuidado paliativo al final de la vida.

Desarrollo

El diagnóstico fue recibido con impacto emocional: dudas, temores, negación. El paciente, aparentemente sano, había consultado a medicina general por dolor repetitivo a nivel de epigastrio; durante el examen físico, mediante técnica de palpación, habían detectado masa no movable, optando por la realización de biopsia. El resultado: cáncer gástrico estadio IV. La enfermedad había avanzado de forma silenciosa, con pronóstico malo. Fluye entre no creer o aceptar la realidad.

La ausencia del documento de voluntades anticipadas es crucial; fui testigo cuando el médico a cargo explica la importancia de los cuidados paliativos. Sin embargo, la ausencia del documento de voluntades anticipadas complica la situación. El paciente, aún consciente pero debilitado, no ha

expresado claramente la voluntad respecto a la terapéutica que desea recibir. La familia respeta las creencias; sin embargo, están divididos por las decisiones a considerar. Se mezclan opiniones: unos a favor del tratamiento convencional, otros tienen la esperanza de un milagro.

Abundan los consejos; sin embargo, el capellán del hospital establece diálogos reflexivos acerca del valor de la vida, el apoyo a la dignidad humana. La fe católica valora la vida, pero también reconoce el derecho de morir con dignidad, sin sufrimiento innecesario. En este contexto, el concepto de eutanasia pasiva, que implica la retirada de tratamientos agresivos, es visto con menos oposición.

En un momento de lucidez, el paciente solicita conversar con los familiares cercanos; con serenidad en sus facies, pero la voz entrecortada, agradeció la muestra de afecto, pero conscientemente se refiere a la gravedad de la situación. Con valentía, manifiesta el deseo de no prolongar el sufrimiento. Prefiere ser trasladado al domicilio, desea morir en el ambiente conocido; por tanto, es comprendido, respetan la voluntad. Entonces deciden iniciar trámites legales requeridos para la transferencia del hospital a la casa; todos se preparan para acompañarlo hasta el final.



Conclusiones

Derecho a la Autonomía: Es fundamental en la atención médica. El caso resalta la importancia de respetar las decisiones del paciente, incluso cuando no se han

dejado voluntades anticipadas. En calidad de estudiante de enfermería, se debe respetar la dignidad.

Importancia de la Comunicación: La falta de voluntades anticipadas subraya la necesidad de mantener espacios fluidos de comunicación efectiva entre paciente, familia y equipo médico. Los estudiantes deben aprender a fomentar entornos de confianza, enfatizando la comodidad para el final de la vida.

Educación y Concienciación: Destaca la importancia educativa sobre la planificación anticipada de cuidados. Los estudiantes de enfermería pueden desempeñar roles para difundir información; además, comentar el beneficio de tener documentos legales durante procesos de enfermedades terminales.

Compasión y Empatía: La atención centrada en el paciente debe estar guiada por la compasión y la empatía. Los estudiantes deben entender cómo ofrecer un cuidado sensible que respete la dignidad del paciente, incluso en ausencia de instrucciones claras.

Reflexión Personal y Profesional: los estudiantes de enfermería deben reflexionar del valor personal empático, considerando la vida humana equilibrada a aspectos espirituales, médicos y sociales.



CAPÍTULO VII

PRIMERA INTERVENCIÓN BIOÉTICA EN LABOR DE PARTO: TEMOR, AUTONOMÍA Y APRENDIZAJE ÉTICO

Keyla Dayana Espinoza Criollo



Introducción

A cudí puntualmente al pabellón de obstetricia, cargada de emociones, temores, pero con gran entusiasmo: ¡hoy inicio mi primera práctica de enfermería obstétrica!

El miedo aparece cuando el cuidado deja de ser simulación.

Asusta mirar el ir y venir de mujeres embarazadas, unas con quejidos, otras con llantos. La

docente dispone por mandato a quienes atender; la consigna es: “ejecuta cuidados integrales: vigila hemodinámica fetal, propicio sostén psíquico, modula analgesia epidural si prescribe el médico”, ordena con ecuanimidad pedagógica. Yo, neófito en enfermería, siento vértigo axiológico. El pavor asalta mi tranquilidad. Entonces empiezo a repasar mentalmente lo teórico, porque no deseo causar daños intencionales u omitir acciones que generen iatrogenias.



OY se reflejan las imágenes mentales, descubriendo que las prácticas de simulación son simulacros inertes, en los cuales no se asocia el sentido de cuidados

humanizados,

situación confrontada ahora con realidades vitales. Varias expectativas inundan el sentir de continuar en la formación de enfermería profesional: anhelo encarnar el arquetipo metaparadigmático al estilo “beaugard piano” de la enfermera.

Entonces, la responsabilidad de custodios de beneficencia sin maleficencia, equitativa en justicia distributiva. En los planos

bioéticos, sin ser arcano el conocimiento, es forjado en aulas universitarias, erigiendo los faros del conocimiento. Por eso fluyen muchas interrogantes, porque las ideas en mi mente se conjugan cual cataclismo telúrico: ¿Perpetrar iatrogenia involuntaria? ¿Violaré la autonomía materno-fetal ante dilemas bioéticos? ¿Las condiciones bioéticas incumplidas serán sancionadas académicamente?

Desarrollo

El umbral se abre con hedor amniótico, sonidos de monitores taquicárdicos ululando sinfonías ansiosas. Asigno a mí misma la paciente primordial: una, primípara de etnia indígena andina, treintaidós primaveras, en fase activa con dilatación de 7 cm. Diaforética, pupilas dilatadas suplican atención compasiva. Me aproximo, mientras el pavor me constriñe vísceras, con la mezcla de conocimientos, pero con poca habilidad y destreza del cuidado a mujeres en trabajo de parto, y me interrogo: ¿desentrañaré signos de sufrimiento fetal?, ¿impondré intervencionismo de cuidados prioritarios de enfermería, eficientes, eficaces y cálidos?

"Señora? Soy estudiante de enfermería, en esta misma área se encuentra mi tutora, que está atenta a mis acciones. Estaré a su lado para vigilar el proceso fisiológico". Ella, entre contracciones espasmódicas, agradece con mirada de ansiedad. Y con voz cortada, expresa:

Señorita enfermera, "tengo miedo, me duele mucho, será que mi niño nace bien". Se calla, por la llegada de otra contracción uterina de mayor intensidad. También me dice: "ayúdame, no



me causes daño, no me dejes sola, cuando salga mi bebé, tómalo como si fuese tuyo". Sus palabras destilan dilema bioético paradigmático: autonomía versus paternalismo benéfico. Reflexiono fugazmente: principio tan pertinente exige consentimiento esclarecido, no coacción velada.

Inmediatamente respondo: "no se preocupe, señora, los conocimientos bioéticos me impele a cumplir a cabalidad tu autodeterminación". Y le pregunto: ¿prefiere deambular sin espacios de descanso o inmovilidad monitorizada? ¿Rechaza episiotomía profiláctica?, ¿desea acompañamiento familiar?

Ella, jadeante, responde: "prefiero parir en cuclillas". Entonces me enfrento al principio de no maleficencia, por cuanto así se evitan intervenciones iatrogénicas prematuras. Le propicio cuidados de monitorización, hidratación endovenosa, masaje lumbosacro durante la presencia de contracciones Braxton Hicks. A las 14:30 horas, las contracciones se intercalan con pujo y eliminación de líquido amniótico, por rotura de membranas. La paciente grita: "¡señorita, mi niño está saliendo! ¿Intervengo o fluyo?".

El pánico me azota: primera vez ante la fase de expulsión. Recuerdo que la señora no desea la realización de la episiotomía, entonces asumo inmediatamente el principio de beneficencia, mismo que prevalece aliándose a la autonomía. Ayudo con indicaciones del momento en que debe pujar; pregunto si la posición en cuclillas continúa siendo cómoda. A la luz de la bioética se materializa, generando equilibrio entre beneficencia y no maleficencia.

De súbito, el monitor refleja deceleración fetal "bradicardia", generando alarma; todos comentan: ¿hipoxia intrauterina? El médico pregunta: ¿autoriza maniobra de Roberts o prefiere cesárea electiva?". La maniobra consiste en: técnica de primera línea para resolver la distocia de hombros. Con firme decisión responde: "¡Roberts!". Entonces, desde mi actuar de estudiante, mediante mascarilla de Venturi coloco oxígeno; continúo

controlando ritmo fetal. Fluye otro principio bioético de justicia, porque demanda equidad ante el temor terapéutico.

La expulsión da alivio al equipo; el neonato es recibido, llora ante el estímulo, de 3.2 kilogramos, Apgar 8-9. Se pinza y corta cordón umbilical con tijera esterilizada; instauro contacto canguro inmediato. Limpios loquios, verifico involución uterina, administro oxitocina endovenosa. Aplicando principio de beneficencia, por cuanto la profiláctica es ayudar sin causar daño.

Durante puerperio inmediato, reflexiono internamente. Ante el temor inicial de fracaso anticipado, tengo alivio debido a la fluidez del proceso fisiológico del parto, las técnicas para ayudar al nacimiento, las terapéuticas realizadas y la alegría de no tener complicaciones; entonces me siento “heroína infalible”.

Observo otras parturientas: una multipara rechaza epidural por temor anafiláctico —autonomía triunfa—; otra demanda cesárea por tokofobia —no maleficencia psíquica prevalece—. Mi rol: mediadora ética, no ejecutora ciega.

Conclusiones

El tiempo transcurrió, para mí, muy rápido, Salí exhausta, extraigo aprendizajes perennes. El pavor primigenio —catarsis ante inexperiencia— se disipa en praxis compasiva, revelando que bioética no es un tema árido, sino brújula vital. Aprendo de manera autónoma: el diálogo esclarecido disipa paternalismos. La beneficencia se conjuga con no maleficencia mediante decisiones profesionales, evitando iatrogenias ontológicas. Así mismo la justicia distributiva ilumina desigualdades: etnias marginadas merecen rituales culturales integrados.



CAPÍTULO VIII

VULNERABILIDAD DEL CUIDADO

Paola Lisbeth Aguaiza



Introducción

Con expectativas de aprendizaje, acudí a la programación académica de la práctica formativa del cuidado integral al adulto mayor; sin embargo, la desilusión, al ser testigo de vulnerabilidad e incumplimiento de elementos necesarios en entornos caritativos y humanizados, permitieron reflexionar acerca de los motivos inherentes de principios bioéticos que se transgreden en la situación que presencié, sin tener un horizonte de actuación, sintiéndome culpable, guardando silencio frente a la agresión sometida a la adulta mayor por parte de los cuidadores.

El cansancio del cuidador no justifica el irrespeto.

La unidad de atención geriátrica es ruidosa; se mezclan olores, sonidos o palabras incomprensibles, gritos, miradas cansadas que parecían sostener historias acumuladas por décadas. Al ser estudiante de enfermería, mi presencia se encontraba delimitada por protocolos propios de la institución, indicaciones docentes, limitación de rol frente al cuidado. Observé ancianos frágiles, quienes son sometidos a rutinas inflexibles: muy temprano despertar, ducha, cambio de ropa, irrespetando espacios de privacidad; perturban sueño/descanso. Los ancianos guardan silencio. En ese escenario presencié una escena que perforó mi comprensión inicial del cuidado, una vivencia que desnudó tensiones bioéticas profundas entre beneficencia proclamada, autonomía vulnerada, dignidad relegada.

La protagonista, adulta mayor catalogada de “bravucona”, debida a temperamento asocial, que presenta episodios frecuentes de enojo, que intenta desobedecer órdenes rutinarias. Se niega reiteradamente a recibir ducha muy temprano; le genera incomodidad, situación que molesta al equipo de cuidadores. Mi rol carecía de voz decisoria, sin capacidad de intervención directa, limitada a observar, registrar mentalmente, sentir. Desde ese lugar emergió una experiencia

formativa cargada de conflicto moral, reflexión ética, cuestionamiento interior sobre el sentido auténtico del cuidado geriátrico.

Desde mi vivencia, planteo algunas interrogantes, haciendo énfasis ante la vulnerabilidad e irrespeto, además de abuso durante la atención geriátrica en personas frágiles: ¿Por qué los cuidadores desplazan



la dignidad humana? ¿Se puede anular la autonomía cuando el temperamento del adulto mayor sea perturbador para los cuidadores? ¿Qué responsabilidad ética debe aplicar el estudiante testigo de las acciones carentes de empatía?

Desarrollo

La adulta mayor permanecía sentada, brazos cruzados, mirada endurecida, labios tensos como muralla defensiva. Negándose a la orden de ir a ducharse, con voluntad severa, en tono de voz fuerte, refuta haciendo énfasis en que siente humillación, además falta de respeto; todo es por experiencias previas, es mujer libre, nunca ha recibido imposiciones, quiere ser escuchada, aunque presente pérdida progresiva de control sobre su propio cuerpo. Menciona que no es factor para ser vulnerada en las decisiones personales. Sin embargo, la cuidadora no cede, refleja enojo, usa frases cortantes, tono autoritario, gestos impacientes. El acto del aseo corporal, concebido desde la teoría como intervención terapéutica promotora de bienestar, se transformaba en ritual coercitivo.

Desde la bioética principialista, la autonomía constituye eje central del respeto a la persona. En esta escena, dicha autonomía aparecía erosionada por una lógica paternalista rígida. La negativa de la paciente era interpretada como desafío conductual, no como expresión legítima de autodeterminación. Se omitía deliberadamente la exploración de causas emocionales, memorias traumáticas, necesidades de control residual propias de la vejez institucionalizada. El principio de beneficencia era invocado como justificación automática, sin análisis proporcional entre beneficio real percibido por la paciente frente al daño emocional generado.

La ausencia de empatía resultaba evidente. No existía intento genuino de diálogo pausado, validación emocional, adaptación del procedimiento a ritmos subjetivos. El cuidado se ejecutaba como tarea mecánica, desprovista de sentido relacional. Esta carencia afectiva contravenía el principio de no maleficencia, puesto que el sufrimiento psíquico inducido por la imposición violenta constituye forma de daño moral, aunque no deje marcas visibles. La ética del cuidado, propuesta por teóricas contemporáneas, enfatiza en: interdependencia humana, sensibilidad contextual, respuesta compasiva frente a la vulnerabilidad. Nada de ello parecía presente en aquel momento.

En la posición de estudiante, experimenté disonancia ética intensa. Mi formación académica exaltaba valores humanistas, respeto profundo por la persona anciana, comunicación terapéutica, escucha activa. Sin embargo, la realidad asistencial exhibía prácticas normalizadas de despersonalización. Mi silencio forzado no implicaba indiferencia, sino conflicto interno. La jerarquía institucional inhibía cualquier cuestionamiento explícito. El miedo a represalias académicas, inseguridad propia del rol aprendiz, cultura organizacional impermeable a la crítica configuraban un entramado que perpetuaba tales conductas.

Reflexioné entonces sobre el principio de justicia. La adulta mayor recibía trato diferenciado negativo debido al temperamento, etiqueta que justificaba menor paciencia. La equidad en salud exige adecuar intervenciones según necesidades individuales, no penalizar rasgos de personalidad. El envejecimiento conlleva pérdidas acumulativas, duelos constantes, sensación de inutilidad social.



Responder con hostilidad frente a expresiones de enojo constituye desconocimiento profundo del proceso vital geriátrico. Asimismo, emergió la noción de vulnerabilidad estructural. La adulta mayor dependía completamente del sistema para satisfacer necesidades básicas; la

dependencia asimétrica amplificaba el poder del cuidador, quien debía ejercerlo con responsabilidad ética superior. Cuando tal poder se utiliza para imponer, se produce violencia simbólica. La bioética latinoamericana ha señalado reiteradamente la importancia del contexto sociocultural, historia de exclusión, institucionalización generadora de factor de riesgo para la dignidad humana. Aquella escena representaba micro expresión cotidiana de dicha problemática.

Mi experiencia también reveló límites del currículum oculto. Más allá de contenidos formales, el estudiante aprende conductas observando referentes clínicos. La repetición acrítica de prácticas deshumanizadas amenaza con naturalizar la negligencia moral. Reconocer este riesgo resulta esencial para construir identidad profesional íntegra. El silencio del estudiante puede convertirse en complicidad pasiva si no se

acompaña de reflexión crítica, búsqueda posterior de espacios seguros para el análisis ético.

Conclusiones

La vivencia presenciada en el hospital geriátrico trascendió el episodio puntual del baño negado. Representó confrontación directa entre ideales formativos proclamados frente a realidades asistenciales crudas. Desde el conocimiento de bioética, evidenció vulneración del principio de autonomía, beneficencia mal interpretada, daño emocional injustificado, trato inequitativo basado en etiquetas conductuales. La falta de empatía no constituyó falla menor, sino quiebre ético profundo.

Como estudiante de enfermería, comprendí que el cuidado auténtico exige más que ejecución técnica. Implica sensibilidad moral, capacidad reflexiva, valentía ética progresiva. Aunque por estructura jerárquica haya tenido limitada mi acción, subsiste responsabilidad personal de no normalizar la deshumanización. Reflexionando, en diálogo académico, determiné que construir conciencias basadas en principios éticos se opaca cuando las personas hacen del cuidado humano la forma de trabajo remunerado sin conciencia hacia la persona.

Esta experiencia reafirmó mi convicción vocacional. Elegí la enfermería para acompañar vulnerabilidades humanas con respeto, compasión, justicia. El desafío consiste en sostener tales valores incluso dentro de sistemas desgastados. La bioética no debe permanecer confinada a discursos teóricos, sino encarnarse en cada gesto cotidiano. Recordar el rostro de aquella adulta mayor, su mirada defensiva, su derecho a decidir, se convierte en brújula moral permanente para mi futuro ejercicio profesional.



CAPÍTULO IX

LA SERENIDAD EN MEDIO DEL CAOS: UNA HISTORIA DE ENFERMERÍA

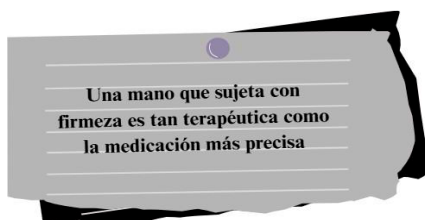
Maria Jose Ferrin Arboleda



Introducción

La vida cotidiana puede alterarse tras parpadear. El contexto trata de la vida familiar, donde la grata compañía compartiendo el almuerzo es alterado por la crisis convulsiva, provocando incertidumbre e impotencia para actuar oportunamente en bien de la persona afectada. Los principios bioéticos en la práctica de enfermería son cruciales. Actuar con calma en momentos de crisis protege al paciente, dejando lecciones valiosas para cuidar con ética y responsabilidad.

Aunque soy estudiante de enfermería, ser parte del grupo familiar que experimenta abruptamente la crisis convulsiva no garantiza acción inmediata; además, las miradas de todo



el grupo son un mandato: “actúa, tú sabes, para eso estudias”. A partir de aquel escenario, se plantean las siguientes interrogantes: ¿Cómo influye la ética para tomar decisiones durante un episodio que requiere primeros auxilios? ¿Qué papel juega la comunicación en situaciones de crisis? ¿De qué manera se puede convertir una experiencia traumática en una oportunidad de aprendizaje?

Desarrollo

El almuerzo había finalizado; todos, alrededor de la mesa, comparten diálogos íntimos, jocosos, experienciales. De pronto, alguien cayó; todos se asustan. Los movimientos involuntarios me indican que se trata de una crisis convulsiva. Realmente, el temor me bloquea para dar primeros auxilios; sin embargo, todos, con voces de desespero, dejan que el actuar sea exclusivamente para mí. Es evidente: soy estudiante de

enfermería; todos concuerdan que la preparación recibida me da pautas para actuar.



Sin embargo, asumiendo compromiso ético, rápidamente forjaron temple para tomar el control de la situación. Al llegar a la casa de su padre, María observó el entorno. Las luces parpadeaban, los muebles estaban desordenados y el ambiente reflejaba la angustia del momento. Su padre yacía en el suelo, con signos evidentes de una convulsión reciente. En este instante, la enfermera en ella emergió con fuerza, recordando la

importancia de un cuidado seguro y ético.



La ética en enfermería es bienestar físico del paciente, asociado al respeto, dignidad y autonomía. Asegurar el entorno permite cuidar la integridad del paciente que convulsiona, reflejando preocupación para prevenir lesiones en el momento que presenta la convulsión, cayendo desde su propia altura.

Sentí temor, pero la postura que asumí permitió delimitar cada situación, actuando con empatía, rapidez, aplicando conocimientos. Con voz firme y calmada, solicité a todos alejarse, evitando aglomerarse.

En situaciones de crisis, la comunicación efectiva es fundamental. Por ello, utilicé palabras de fácil comprensión para tranquilizar a los presentes. Pude explicarles por qué se presentan las convulsiones, también medidas apropiadas para prevenir lesiones. Esta claridad facilitó la intervención, otorgando a la familia sentido de control en medio del caos.

Mientras el episodio convulsivo finalizaba, me aseguraba de cuidar al paciente, colocándolo en posición segura, permeabilizando vías aéreas, retirando objetos para evitar golpes o magulladuras. Cada movimiento se realizaba con propósito, demostrando compromiso con la bioética profesional.

Después de que su padre recuperó la conciencia, María permaneció a su lado, brindándole apoyo emocional. Este momento de vulnerabilidad se transformó en una oportunidad de aprendizaje para todos los presentes. Compartir la experiencia vivida en el entorno familiar hace de la narrativa el elemento condicionante para demostrar que, sin pasión por la enfermería, no hay acción.

Explicar desde la angustia a mantener calma es salvar vidas, inspirando a que otros decidan aprender primeros auxilios, además de establecer un plan de acción ante eventos futuros similares.

Conclusión

A través de esta experiencia, aplicar conocimientos de enfermería, fundamentándolos en principios bioéticos, condiciona ser serenos, cautos, diligentes, a actuar con valores de respeto, aplicando beneficencia, no maleficencia y, finalmente, justicia. Al haber aplicado primeros auxilios, rápidamente la crisis convulsiva no dejó secuelas. Más allá del cuidado físico, el enfoque ético comunicativo transformó la

crisis en lección invaluable para apoyar a la persona que convulsiona.

La historia narrada resalta la importancia de elementos del cuidado, únicos e intransferibles, porque la ética en el cuidado de la salud, ante situaciones imprevisibles, ayuda a: mantener calma, actuar con sensibilidad, sosegar el espacio. En última instancia, cada experiencia se convierte en oportunidad para crecer y aprender, fortaleciendo no solo a quienes enfrentan la crisis, sino a toda la comunidad que los rodea.



CAPÍTULO X

SER ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA, LA VOLUNTAD PARA CONTINUAR

Jessica Anabel Gavilanez Defaz



Introducción

Nada nuevo es preciso hasta conocerlo. ¿Cuál es la propiedad intrínseca del ser humano que puede donarla en cualquier espacio? Ahora conozco la respuesta: se llama “vocación”, con la certeza de que, para estudiar enfermería y tolerar condiciones extremas, es precisamente por la toma de conciencia de asumir el rol de estudiante para continuar sin descanso en ámbitos académicos extenuantes.



El esfuerzo transforma el aprendizaje en vocación.

La validez de la entrega desinteresada en bien de personas disminuidas en salud puede ser considerada como un principio de bioética, relacionado a la justicia distributiva. Permite identificar que

el trabajo profesional de enfermería, a más de ser teórico y práctico, debe estar rebosando de respeto y humanidad. Se entendió cuando, en el curso de bioética, el docente insistía en sus clases con los términos: beneficencia, maleficencia, no maleficencia, justicia, autonomía.

Comprendí entonces que el ser humano debe ser mirado desde las tres esferas para abordar la práctica del cuidado holístico.

En el camino del cuidado, resulta difícil aceptar, retroceder actitudes o aptitudes negativas, por cuanto el proceso mórbido se acentúa o el daño emocional vulnerado duele más que un golpe. La voluntad de seguir estudiando es clave para el éxito académico, ya que depende de factores internos como la motivación intrínseca y la perseverancia, así como de estrategias prácticas para mantenerla.

La motivación intrínseca de sentir vocación por hacer servicio social fue el anzuelo para elegir con gusto la carrera de

enfermería, por satisfacción propia, aun conociendo que la recompensa es la totalidad del deber cumplido. En enfermería, hasta este corto tiempo de experiencia de estudiante, he evidenciado que las recompensas no existen y, a veces, los elogios se convierten en indiferencia.



Los indicadores clave para agarrarse a la carrera, personalmente, son: deseo de aprender, actitud positiva, toma de decisiones firmes y tenacidad para no postergar tareas. Alinearse a los principios bioéticos, aplicando variables asociadas: ansiedad, temperamento, sin prescindir de los objetivos que

también intervienen, junto con refuerzos positivos que fomentan la participación de terapéuticas satisfactorias o de aquellos regímenes farmacológicos que son vencidos por la muerte.

La fuerza de voluntad, en calidad de estudiante de enfermería, a veces se debilita con distracciones o fatiga, pero se fortalece reconociendo logros pasados y confiando en las capacidades propias.

Tomando conciencia respecto a la voluntad de continuar en el proceso de formación para graduarse de profesional en enfermería, plantearse algunas interrogantes son imprescindibles para reflexionar: ¿Estoy aprendiendo lo

esencial? ¿Cómo impacta mi esfuerzo diario? ¿Qué me motiva a persistir?

Desarrollo

Me he planteado estrategias prácticas con metas alcanzables, como estudiar un tema por semana o practicar exámenes diarios, para dividir el esfuerzo y ver progreso constante. También crear rutinas realistas, eliminando distracciones: celulares u otros dispositivos electrónicos; incluso desconectarse en tiempo de evaluaciones de redes sociales. Con la seguridad de que el éxito se consigue por cumplir objetivos pequeños para mantener grandes impulsos, el propósito final (como una carrera soñada), usando técnicas activas, es resumir o enseñar a otros, para elevar la motivación.



Entonces, ¿para qué continuar? La enfermería exige resiliencia, pero rendirse ignora que el 90% de los retos iniciales (estrés, guardias largas) se superan con hábitos como rutinas de estudio y apoyo emocional. Dudar de la vocación es normal en el primer año, pero

datos muestran que estudiantes motivados mejoran su rendimiento. Estoy enfocado en logros pequeños para reconstruir la confianza, evitando el abandono prematuro de la carrera.

Además, aplico estrategias contra el agotamiento, dividiendo la experiencia académica en ciclos cortos con metas semanales,

como practicar procedimientos específicos. Alguien me recomendó que busque mentores o grupos de pares para compartir dudas, transformando la frustración en crecimiento colectivo. Así, se reafirma la vocación recordando por qué elegí enfermería: “ayudar en momentos críticos genera una satisfacción duradera que supera las dificultades”.

Conclusión

Comprendiendo que quien elige enfermería lo hace por decisión propia y no debe recurrir a criterios erróneos para justificar los desajustes o incumplimientos que, en calidad de estudiante, debe realizar. Entonces, cada día enfatizo en: "¿Estoy aprendiendo lo esencial?", "¿Cómo impacta mi esfuerzo?", "¿Qué me motiva?"



CAPÍTULO XI

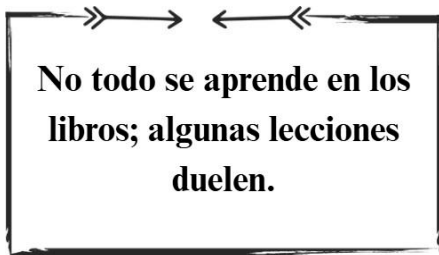
NEGLIGENCIA EN PEDIATRÍA: ¡IRISAS VS. VIDAS!

Maryuri Tatiana Gualoto Puga



Introducción

En el ámbito de las prácticas clínicas se viven experiencias que dejan huellas profundas durante la formación académica en enfermería, desde las oportunidades en el aprendizaje y la adquisición de habilidades y destrezas técnicas.



Las realidades compartidas durante el proceso de relaciones interpersonales, durante las prácticas formativas, permanecen en constante flujo en los recuerdos porque se desconocen o realmente

afectan emocionalmente, sobre todo en instantes donde confluyen el dolor, la fragilidad y la incertidumbre. Este suceso, acontecido en el área de partos, me enseñó que la responsabilidad del profesional sanitario se extiende más allá de lo procedimental, abarcando la sensibilidad ante el sufrimiento del paciente.

¿Cuál es la actuación idónea del profesional de la salud cuando un parto no transcurre según lo previsto y la madre experimenta impacto emocional inmediato? ¿Qué principios éticos entran en juego al transmitir información clínica de forma sensible y adecuada? ¿De qué modo se armonizan la empatía y el deber profesional ante circunstancias imprevistas en el entorno quirúrgico?

Desarrollo

En el transcurso de una práctica en el servicio de ginecología de un hospital público del Ecuador, a un estudiante le correspondió participar en una cesárea programada. Tras los preparativos y la verificación del instrumental, permaneció atento al desarrollo del proceso

quirúrgico, cumpliendo con los protocolos establecidos, además manteniendo atención y las directrices del docente.



Primera experiencia, cargada de expectativas, aprendizaje, emoción, susto; porque observar la precisión del cirujano al realizar la incisión oblicua a nivel de mesogastrio, sin lesionar órganos subyacentes, y más emocionante mirar el recién nacido al ser extraído del útero, tenía gran cantidad de vermix

caseoso, lanugo; el cordón umbilical aún mantenía ese lapso de las 39 semanas de vida intrauterina. Pero algo sucedió: la inexperiencia no permitió entender que el llanto débil de un RN puede ser causa de alguna patología. Miraba al neonatólogo, que realizaba varias maniobras sobre la espalda y, con una pera de succión, aspiraba fosas nasales y mucosa oral.

Luego, algo llamativo provocó gran susto: no tenía el labio superior situado; al desconocer el nombre técnico de la malformación, el docente indica: eso es “labio leporino”. Después de la reanimación, fue derivado a cuidados de enfermería, donde se dio la oportunidad, junto al docente, de realizar examen físico, detectando paladar hendido; entonces se comprendió el motivo del llanto débil y la dificultad para succionar.

Sin embargo, la madre desconocía la situación del neonato, preguntando con insistencia dónde y por qué aún no lo pasan junto a ella. Una de las enfermeras responsables del cuidado puerperal intentaba calmarla, expresando que ya pronto llega el médico con alguna noticia. Entonces, intentando analizar para

qué están los principios bioéticos, generando confusión con lo aprendido en el aula, nadie explica adecuadamente la razón del por qué su bebé está en otra unidad de atención.



En ese momento surgió un conflicto ético para el estudiante, planteando interrogantes acertadas según el nivel académico cursado. ¿Cómo brindar apoyo a la madre en su vulnerabilidad sin exceder sus competencias como estudiante?, ¿a quién le correspondía informar sobre la condición del neonato?, ¿de qué forma proteger el bienestar emocional sin

recurrir al ocultamiento o a la precipitación?

El escenario demandaba actuación regida por los principios de la bioética: principio de beneficencia exigía trato compasivo tanto para el binomio madre-hijo; principio de no maleficencia obligaba a evitar comunicación brusca que pudiera agravar la angustia; principio de autonomía suponía reconocer el derecho de la madre a conocer el estado de su hijo; principio de justicia requería manejo respetuoso, libre de estigmas hacia la malformación congénita.

Aquella vivencia mostró al estudiante que la labor del profesional sanitario no se reduce a lo técnico. Las formas de comunicación y acompañamiento deben fundamentarse en la estabilidad de la verdad.

Conclusión

Este episodio modificó la percepción del alumno sobre el cuidado de la salud. Comprendió que en un quirófano no solo nacen bebés, sino también compromisos éticos, habilidades emocionales y un sentido profundo de humanidad. Aprendió que detrás de cada intervención hay una historia personal, un dolor, un temor y una familia que deposita su confianza en los profesionales.



CAPÍTULO XII

DIÁLISIS EN SOLEDAD

Nayeli Jajaira Molina Quinapallo



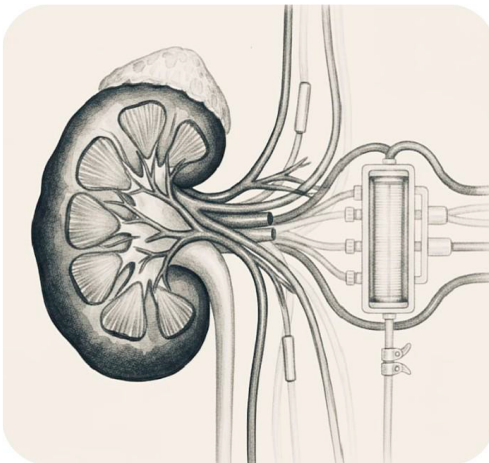
Introducción

La cotidianidad del día a día, durante la experiencia formativa de estudiante de la carrera de enfermería, se **L**enmarca dentro de las funciones independientes de los profesionales de enfermería en una unidad de atención a pacientes con daño renal (hemodiálisis). Un día de enero, una señora fue llevada por los familiares a la sala de hemodiálisis.

El silencio fue constante durante las horas de diálisis.

Paciente adulta mayor, 68 años de edad, con diagnóstico

médico de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, discapacidad funcional y demencia senil; con sesiones de diálisis de 4 por semana. De apariencia física desgastada, descuidada, aparentemente sin colaboración de la familia para ayudarle en sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.



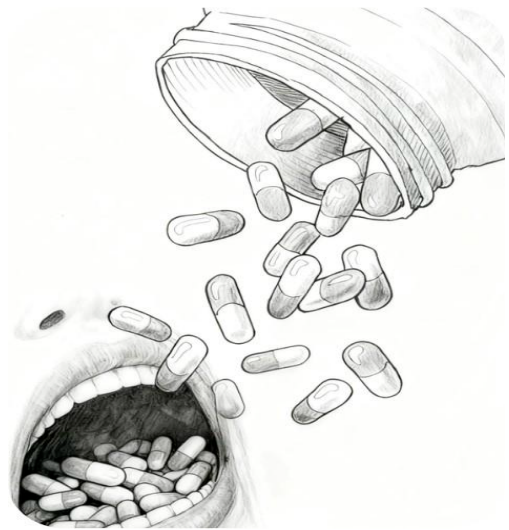
Además, mirada triste, ausente, cuerpo frágil, estatura media. La amputación de las extremidades inferiores requiere ayuda para el uso de la silla de ruedas. Escuchaba las conversaciones entre las enfermeras y expresaban, otra vez: “con ganancias interdialíticas altas”. Cuando preguntaba qué

significa, me decían: mira el rostro y sus manos; entonces decía: es edema; era a eso que se referían. En ocasiones, su estado de conciencia fluctuaba entre lúcida y desorientada.

Revisando la historia clínica, la paciente vive sola, sin apoyo familiar ni social; sus recursos económicos provienen de un derecho por viudez, conocido como montepío, que no superan los 200 dólares. Del matrimonio no tuvo hijos, pero los familiares cercanos muy poco se ocupan de ella.

La habilidad de la enfermera permite, en el primer intento, instaurar el sistema de la hemodiálisis en la fístula. Durante 4 horas se realiza la liberación de impurezas de la sangre. Debido a que los familiares demoraron en ir a retirarla, se la colocó en una camilla, aplicando medidas de seguridad. Continuó el paso de las horas y las labores en la institución habían finalizado, pero la paciente permanecía en la camilla; no había sido posible la comunicación con los familiares.

Por ser estudiante, no tenía responsabilidad directa, pero se unieron los sentimientos de tristeza y opté por acompañarla, sin pensar que debía asistir a las clases teóricas de la universidad. Fue cuando surgieron interrogantes frente a lo sucedido: ¿Es ético continuar la diálisis indefinidamente sin red de apoyo familiar, priorizando la autonomía sobre el bienestar integral? ¿Debería el equipo médico evaluar la capacidad decisoria de la paciente, dada su soledad y vulnerabilidad? ¿Viola la no maleficencia prolongar un tratamiento que genera sufrimiento sin soporte emocional o social?



Desarrollo

La autonomía, pilar de la bioética según Beauchamp y Childress (2009), exige respetar la capacidad de la paciente para decidir su tratamiento. Sin embargo, en contextos de aislamiento, esta autonomía puede ser ilusoria. Argumento que, sin soporte, la beneficencia requiere intervenciones como terapia psicológica o programas comunitarios, equilibrando la autonomía con el principio de no maleficencia.

La segunda interrogante plantea: ¿Debería el equipo médico evaluar la capacidad decisoria dada su soledad y vulnerabilidad? La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006) y guías como las de la American Medical Association enfatizan evaluar la competencia cuando factores externos, como el aislamiento, la comprometen. En adultos mayores, la soledad acelera el deterioro cognitivo, potencialmente invalidando el consentimiento, alineándose con la justicia distributiva al evitar recursos en tratamientos fútiles.

Finalmente, ¿viola la no maleficencia prolongar un tratamiento que genera sufrimiento sin soporte? La diálisis, aunque vital, impone cargas físicas (fatiga, infecciones) y emocionales intensas, con una mortalidad alta en ancianos solos. El principio hipocrático de "primum non nocere" exige sopesar beneficios versus daños. Persistir sin calidad de vida equivale a iatrogenia, priorizando la dignidad sobre la mera supervivencia.

Conclusiones

Las tres interrogantes revelan que la diálisis en soledad desafía la autonomía de la adulta mayor, tensionando los pilares bioéticos: beneficencia erosionada por el aislamiento, capacidad decisoria vulnerable y no maleficencia amenazada por sufrimiento innecesario.

En última instancia, este caso clama por una bioética relacional, inspirada en el bienestar, de tal modo que integre las ayudas sociales, familiares y gubernamentales.

Desde la posición profesional de enfermeras y enfermeros, trabajan con principios éticos asegurando justicia distributiva, priorizando calidad de vida sobre prolongación vital. El estudiante, como agente ético, debe abogar por protocolos que conviertan dilemas en soluciones humanizadas, recordando que la verdadera curación trasciende la máquina: reside en la conexión humana.



CAPÍTULO XIII

SILENCIOS EN LA PIEL

Leslie Alexandra Nasimba Mena




Introducción

En un espacio asistencial destinado al abordaje de heridas complejas fue recibido un adulto mayor en estado de marcada dependencia funcional, acompañado por la persona encargada de su cuidado cotidiano, que aparentemente no lo cuidaba adecuadamente, debido al mal estado de higiene del paciente.

Durante la valoración inicial, se observa lesión dérmica que, luego de analizarla, se determina: “úlceras por presión en fase IV” avanzada, localizada en la región sacra, cuyo grado de deterioro evidenciaba un curso clínico más prolongado del declarado.

Mientras la docente explicaba la forma de realizar la valoración de las úlceras por presión, fluyen las discrepancias respecto a los principios bioéticos, que a la par de la asignatura de clínica del adulto mayor también se recibe bioética. Por ello, se inició, sin planificación, un debate entre estudiantes; la docente se limitó a escucharlos.



La fragilidad se hizo visible en cada capa de la piel.

En relación al paciente en mención, es evidente la vulneración de la autonomía, justicia, respeto, beneficencia y no maleficencia. Primero, el cuidador lo hace por trabajo; no tiene relación familiar alguna; el trato grotesco cuando le da órdenes, lo vocea frecuentemente; el aseo es deplorable. ¿Qué revelan esos actos? ¿Será sobrecarga, desinformación o limitaciones inherentes al cuidado? Pero, al terminar el debate, al centrarse en la evolución de la úlcera por presión, se determinó que fue ocasionada por descuido y que el gran deterioro también fue debido a no haber buscado atención de salud de manera oportuna.



El escenario no sólo convocaba la pericia técnica del equipo de enfermería, sino también la sensibilidad moral necesaria para discernir entre la mera intervención curativa y la obligación de comprender la trama humana que sostiene la vida del paciente. Resulta indispensable reconocer la vulnerabilidad de un cuerpo envejecido que dependía enteramente de terceros, así como las tensiones, ambivalencias y esfuerzos soterrados que

atravesan a quienes asumen el rol de cuidadores sin una formación específica.

La situación planteó un dilema ético profundo: atender la herida como un hecho aislado o integrar la mirada hacia el contexto relacional que la posibilitó, interviniendo sin reducir la experiencia familiar a juicios simplistas. Por ello, surgen interrogantes puntuales respecto a cómo integrar la bioética en lo cotidiano de un cuidado simple, realizado con caridad. ¿Hasta qué punto las limitaciones del cuidado informal justifican la aparición de una lesión evitable? ¿De qué manera puede el equipo de salud intervenir ante un posible descuido no intencional sin generar temor, culpa o resistencia en la cuidadora?

¿En qué medida el deterioro del cuerpo del adulto mayor interpela la responsabilidad moral colectiva, más allá del hogar, para reconocer que la dignidad no es un atributo individual, sino una construcción compartida?

Desarrollo

El paciente, la cuidadora y el personal de enfermería conformaron una lista de responsabilidades compartidas. La presencia de una úlcera por presión en etapa IV simbolizaba el colapso cutáneo y la fragilidad de un sistema de cuidado que, a pesar de sus esfuerzos, no había logrado anticipar, contener o mitigar el daño.

Gracias a los contenidos compartidos por el docente en la cátedra de bioética, el aprendizaje nos permitió situar esta realidad en una perspectiva más amplia, donde la técnica y la ética se encuentran para orientar decisiones con sentido y prudencia. Las posibilidades de acción se bifurcan entre limitarse a la curación, reteniendo la intervención al



plano estrictamente clínico, o acompañar con profundidad a la cuidadora, ofreciéndole herramientas que permitieran replantear sus prácticas, sus tiempos y su comprensión del deterioro cutáneo.

Se optó por un enfoque integral: restaurar la piel lesionada mediante técnicas especializadas y, de manera simultánea, transmitir pautas precisas sobre movilización, higiene cuidadosa, superficies de soporte y evaluación continua. Esta elección buscó transformar la dinámica de cuidado, convirtiéndola en un proceso más consciente, informado y protector.

El análisis desde la bioética otorgó claridad conceptual. La autonomía se reafirmó mediante un intercambio comunicativo transparente que reconoció a la cuidadora como agente activo

del proceso, capaz de tomar decisiones más sólidas cuando dispone de información adecuada. La beneficencia se expresó en cada intento de favorecer la recuperación del paciente y aliviar su sufrimiento. La no maleficencia exigió detectar factores de riesgo que, aunque involuntarios, perpetúan la lesión. La justicia convocó a priorizar una atención digna y equitativa, especialmente en sujetos cuya vulnerabilidad se encuentra marcada por la dependencia física, emocional y social.

Conclusión

La experiencia reveló que el ejercicio de la enfermería es, en esencia, una práctica humanizada que requiere mirar más allá del tejido lesionado. Implica comprender la dimensión relacional del sufrimiento, reconocer la carga invisible que soportan los cuidadores, acercarse a la realidad familiar sin desdén y acompañar con respeto, paciencia y claridad. Cada adulto mayor atendido encarna una historia que merece ser preservada con dignidad, aun cuando la fragilidad de su cuerpo exija intervenciones constantes y delicadas.

La vivencia deja una enseñanza profunda y reflexiva: la ética en enfermería se despliega tanto en los gestos cotidianos como en los dilemas más complejos, y la escucha activa auténtica, atenta y compasiva constituye el eje trascendental que posibilita un cuidado verdaderamente humanizado, capaz de honrar la vida aun en sus etapas más vulnerables.



CAPÍTULO XIV

HERIDA DE BALA Y PREJUICIOS: UN CASO DE BIOÉTICA HOSPITALARIA

Sthefanny Alexandra Ordoñez Ordoñez

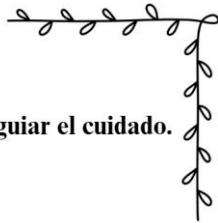


Introducción

En el quinto ciclo de la carrera de enfermería, el calendario de prácticas preprofesionales me había asignado a la unidad de semicríticos adultos.



El miedo no debe guiar el cuidado.



Con entusiasmo y algo de miedo, esperaba el día para asistir a lo que será la gran aventura de ser estudiante de enfermería; recordé las palabras del docente de

bioética: “la práctica sin teoría es efímera”, por ello leí un poco de cada tema para avanzar de manera progresiva en el aprendizaje.

Lunes, 07:00 a.m., comencé mi primer día de práctica en un hospital público del Ecuador. La ronda de entrega-recepción de turno no resultó como lo aprendí en el hospital; todo se centraba en orden de materiales, insumos, equipos, limpieza, y muy poco de la condición hemodinámica de los pacientes. Además, las discusiones entre enfermeras en las salas frente a los pacientes. Son momentos que confunden, mientras en aula nos explican en bioética del respeto, la justicia, beneficencia; en aquel escenario no se cumplía, era todo lo contrario.

Después de los incidentes, nos asignaron pacientes; empecé a atender a los pacientes del área de clínica, sección masculina. Me encontré con un hombre adulto joven de 33 años; permanecía en la habitación sin familiares. Desde el primer momento, el paciente se encuentra orientado en las 3 esferas (tiempo, espacio, persona). Además, espontáneo, activo, colaborador.

Sin embargo, en relación a su estado físico, se observan tatuajes de armas de fuego y corto punzantes. A nivel de tórax posterior, un corazón con nombres de (mujer-hombre). También aspecto

descuidado; se niega a cortarse el cabello y a recortarse la barba; higiene corporal regular. Tiene herida quirúrgica en el abdomen de aproximadamente 20 cm, que supura secreción purulenta, con olor fétido, por procedimiento de laparotomía exploratoria, con colostomía y sonda vesical.

A consecuencia de lesión por arma de fuego. En el interrogatorio, cuenta que se dedica a recorrer las calles vendiendo todo lo que pueda. La apariencia física del paciente genera miedo; la forma de hablar y expresarse es de una persona con antecedentes no buenos; por ello es poco atendido, lo discriminan y no le prestan atención.



Desde la experiencia bioética, me increpo a mí mismo con las siguientes interrogantes: ¿Por qué el personal de enfermería evita atender al paciente, violando el principio de no maleficencia? Principio enfocado en el deber de no causar daño por discriminación. ¿Cómo afecta la discriminación su tratamiento quirúrgico, contrariando la justicia distributiva? Principio que cuestiona la equidad en el acceso a la atención médica. ¿Qué derechos tiene el paciente pese a sus antecedentes, según la autonomía y beneficencia? Resaltando el respeto a la dignidad humana independientemente del pasado.

Desarrollo

El paciente refleja tristeza, dolor y desesperación. Decidí sentarme a su lado para escucharle, después de haber realizado baño en cama, limpieza de circuitos extracorpóreos, medición de fluidos, cambio de frazadas, mientras compartía su experiencia sobre la difícil situación que estaba atravesando. Tiene familiares, pero lo han abandonado

por el frecuente comportamiento vandálico; perdió la credibilidad. Tiene situación de extrema pobreza, además dos hijos menores de edad, a quienes evita mostrarles su realidad, porque asegura que la vida que eligió no es buena.



En la actualidad, tenía la responsabilidad financiera de sus dos hijos. En el momento que conversábamos mientras le realizaba la curación de su herida, me encontré sin saber muy bien qué hacer o cuál debía ser mi reacción en mi rol, pues aún no soy enfermera, estoy en proceso formativo; sentía un nudo en la garganta, pues no podía asimilar lo que le había pasado; reflexioné sobre las condiciones en las que este evento pasó y me pensaba en

lo injusto que era que alguien en el rol de él, dispuesto a cambiar, que salió a trabajar en búsqueda del sustento de su hogar, pudiera enfrentar una situación adversa como esta.

Mientras todos esos pensamientos pasaban por mi cabeza, intentaba asimilar, aún más, los principios bioéticos; según mi poca experiencia, afirmaba que están siendo violentados. No maleficencia: principio enfocado en el deber de no causar daño por discriminación, y es evidente que la mayoría de profesionales limitan el ingreso a la sala y solo llegan a actuar a modo robot, evitando contacto por el estigma del paciente, que consideran peligroso.

Otro principio vulnerado: la justicia distributiva, que cuestiona la equidad en el acceso a la atención médica; es evidente que el abandono del paciente por parte del personal de salud incumple

el juramento Hipocrático y juramento de Crimea. Y, finalmente, los principios de autonomía y beneficencia, resaltando el respeto a la dignidad humana independientemente del pasado.

Conclusiones

En este caso, la discriminación por antecedentes penales choca con pilares bioéticos fundamentales. Las enfermeras, al evitar atención, incumplen la no maleficencia (no hacer daño) y la justicia, negando equidad en cuidados post-laparotomía. Ignorar estos principios agrava el sufrimiento, erosionando la confianza pública en el sistema hospitalario. En Ecuador, normativas como la Constitución (art. 32) y la Ley Orgánica de Salud exigen atención universal sin distinciones. Resolver este dilema requiere liderazgo institucional: auditorías éticas regulares y empatía profesional para humanizar a "delincuentes" como pacientes vulnerables, restaurando la esencia curativa de la medicina.

El paciente tiene derechos plenos: autonomía para decidir su tratamiento y beneficencia para recibir atención óptima, independientemente de su pasado. Prejuicios personales no justifican negligencia profesional. Cuando finalizo mi turno de estudiante, intenté despedirme; el paciente respondió: muchas gracias por su compañía y atención. Finalmente escuché: "Saldré de aquí con vida, por mis hijos que esperan en casa".



CAPÍTULO XV

GRATITUD VS. ÉTICA EN ENFERMERÍA

Nathaly Xiomara Paez Huato



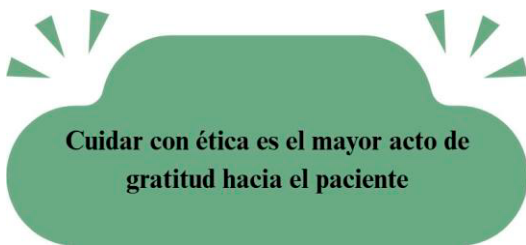
Introducción

Los adultos mayores frecuentemente sobrellevan los problemas y cambios funcionales asociados con el proceso de envejecimiento; algunas enfermedades emergen durante el desarrollo y se tornan crónicas o incapacitantes, alterando el bienestar físico, psicológico de la persona, así como su entorno social. La mayoría de las afecciones que acompañan al adulto mayor no siguen un patrón gradual; algunas emergen precipitadamente por episodios agudos de enfermedades o por accidentes que pueden revertirse o no en diversos grados.

En la experiencia académica de estudiante de enfermería, asociada al conocimiento de bioética, tuve la oportunidad de ayudar durante las

prácticas a dos adultos mayores. Iba apurada al vestidor para iniciar la práctica en el servicio de hospitalización pediátrica y, de repente, veo una billetera en el piso; la recogí, miré a quién pertenecía e hice llamar por altavoces al dueño, y continué con las actividades.

Los adultos mayores frecuentemente sobrellevan los problemas y cambios funcionales asociados con el proceso de envejecimiento; algunas enfermedades emergen durante el desarrollo y se tornan crónicas o incapacitantes, alterando el bienestar físico, psicológico de la persona, así como su entorno social. La mayoría de las afecciones que acompañan al adulto mayor no siguen un patrón gradual; algunas emergen precipitadamente por episodios agudos de enfermedades o por accidentes que pueden revertirse o no en diversos grados.



En la experiencia académica de estudiante de enfermería, asociada al conocimiento de bioética, tuve la oportunidad de ayudar durante las prácticas a dos adultos mayores. Iba apurada al vestidor para iniciar la práctica en el servicio de hospitalización pediátrica y, de repente, veo una billetera en el piso; la recogí, miré a quién pertenecía e hice llamar por altavoces al dueño, y continué con las actividades.



De repente, mi docente, haciendo un alto a mi práctica, dice: te están buscando unos “viejitos”.

Sorprendida, pregunté... ¿y para qué? Responde: Sí, tú, no sabes, yo menos; entonces salí a mirar, pero sorprendida y con

dudas. Sin pensarlo me abrazan; no pude corresponder, la incertidumbre bloqueó mis expresiones. Es un misterio, ¿cómo llegaron a mí?, ¿quién les dio mis datos, mi ubicación? No hubo respuestas.

En el diálogo, me contaron que son esposos; tienen 79 y 88 años; sin haber procreado, viven solos, pagando a una persona que los acompaña y ayuda en todas las actividades. Son adultos mayores sanos, lúcidos; caminan lento, pero sin ayuda de dispositivos ortopédicos. Me contaron que el temor es la separación; están conscientes de que llegarán en cualquier momento. Viven muy bien gracias a sus recursos económicos.

Intercambiaron números de teléfonos para comunicarnos. Al momento de la despedida, la señora, extendiendo su brazo con la mano en puño, me suelta unos billetes; me dice: no lo rechace, es una recompensa por su honestidad. Me sentía incómoda;

sabía que no es ético recibir dinero, pero entré en el dilema del desprecio o hacerme sentir mal.

Ante ello, se reflejan tres interrogantes que, como estudiante de enfermería y al recibir dádivas por mi trabajo, se contraponen en dilemas. Un estudiante de enfermería podría cuestionar éticamente sobre aceptar una recompensa monetaria de pacientes por un acto de honestidad, ya que esto toca dilemas entre gratitud personal y principios profesionales como la beneficencia y la no maleficencia.

¿Violaría el principio de autonomía si aceptaría el dinero, considerando que los adultos mayores están ejerciendo libremente su derecho a agradecer, o debo priorizar mi rol de estudiante que no contempla recompensas económicas? ¿Podría interpretarse la aceptación del dinero como un acto que beneficia a la pareja al honrar su voluntad, o genera un conflicto de intereses que daña la imparcialidad en mi cuidado futuro hacia ellos u otros pacientes vulnerables? ¿Contraviene el principio de justicia y los códigos éticos de enfermería aceptar esta gratificación, al crear desigualdades en el trato o cuestionar la integridad del servicio público de salud, independientemente de la buena intención?



Desarrollo

Algunas enfermedades son incapacitantes e inhabilitan a la persona de edad avanzada, como el Alzheimer, infecciones urinarias, hipertensión arterial, cardiopatía, diabetes, insuficiencia renal y cáncer, ocasionando dependencia

física, social y mental para las actividades de la vida diaria. A tenor de lo descrito en el párrafo precedente, fue muy satisfactorio conocer a los adultos mayores, porque son totalmente sanos, viven felices, tienen voluntad para sus actividades, contagian la risa, el buen humor.

Para un estudiante de enfermería, conocerlos fue extraordinario, porque implica saber y razonar en base a los valores, principios y creencias, cómo hacen para exteriorizar esos atributos humanísticos; entonces llega la reflexión de la ética, con una actitud de respeto, de solidaridad y comunicación, los cuales se manifiestan a través de la compasión y el amor hacia el envejeciente en esta etapa trascendental de su vida.

Los enfermeros deben observar y practicar ciertos principios, valores y normas sujetas a cambios que se transforman con la realidad social; por lo tanto, cada intervención realizada en la cotidianidad hospitalaria o en cualquier otra actividad de enfermería representa una situación concreta de moralidad que, paradójicamente, los obliga a actuar en el marco de la responsabilidad y el compromiso que, como disciplina, deben observar bajo una perspectiva ética, entendiéndose como el estudio de la moral y como forma de conciencia social manifestada de acuerdo con el contexto histórico.

Conclusiones

En el contexto del dilema bioético planteado, aceptar la recompensa monetaria de los adultos mayores por devolver su cartera resalta un conflicto entre la gratitud espontánea y los principios fundamentales de la enfermería.

La autonomía del paciente permite que expresen su agradecimiento libremente, pero el profesional debe priorizar la beneficencia y la no maleficencia, evitando cualquier percepción de conflicto de intereses que pueda comprometer la

imparcialidad en el cuidado futuro. En última instancia, rechazar el dinero refuerza el principio de justicia y la integridad del rol profesional en un entorno hospitalario público, donde el acto de honestidad debe ser visto como parte del deber ético, no como una transacción. Esta decisión fortalece la confianza en el sistema de salud y modela valores éticos para otros estudiantes, alineándose con los códigos de enfermería que enfatizan el servicio desinteresado por encima de recompensas personales.



CAPÍTULO XVI

NEGLIGENCIA EN PEDIATRÍA: ¡IRISAS VS. VIDAS!

Marilyn Jessenia Paredes Nuñez



Introducción

El día de las prácticas de pediatría había llegado. Estaba en la sala de espera del hospital, reunida con el docente y otros compañeros, recibiendo indicaciones; todas eran amenazantes, cargadas de represalias en caso actuáramos de manera negligente. Todo era ruido, pero nos pedía el profe que subamos en silencio a la unidad de pediatría. De entrada, me percaté de la estación de enfermería: gran cantidad de personas ahí, en socialización de algo muy jocoso, por las escandalosas risas que dejaban eco en tan grande espacio físico.

Pensé: “¿Qué podría pasar si, en lugar de estar en tan amena conversa, estuviesen cerca de los niños o de

**El juego es para el niño, la
responsabilidad es del adulto**

las madres que, con angustia, sienten detenerse el tiempo, generando incertidumbre frente a la recuperación de sus hijos?”. Pero, ¿quién puede con ese ejército de profesionales, si yo, un simple estudiante de enfermería con conocimientos de bioética, opinaba? Seguro me acribillaban con frases hirientes o, de pronto, una calificación para reprobar.

Mi docente se presenta a la responsable de enfermería, quien apenas balbuceó: ¡vivan nuestras vacaciones, llegaron los estudiantes! Muy sorprendida, increpé a la docente; solo respondió: ...Nosotros a lo que vinimos..., y seguía sintiendo incomodidad. Entonces me propuse meditar lo conversado en clases de bioética, planteándome las siguientes interrogantes:

- ¿Cómo prioriza el principio de beneficencia el deber del estudiante de enfermería de intervenir ante la negligencia de los profesionales que abandonan a pacientes pediátricos y madres angustiadas por una reunión jocosa, potencialmente causando daño por omisión?
- ¿En qué medida viola la falta del cuidado de enfermería el principio de no maleficencia y justicia distributiva en un

entorno pediátrico vulnerable, y qué responsabilidad ética tiene el estudiante de reportar esta conducta para proteger a los pacientes?

- ¿Cuál es el rol ético del estudiante de enfermería en el ejercicio de su autonomía profesional al confrontar una cultura laboral que normaliza el descuido de pacientes por actividades no prioritarias, como reuniones ruidosas que rompen el silencio terapéutico requerido en pediatría?
-

Desarrollo

La asignación de pacientes permitió acercarme a una mujer joven, madre de tres hijos, dos por el momento cuidados por unos vecinos, debido a su condición de migrante. Le pregunté cómo se sentía; no dijo nada, ni me miró; solo lloraba y decía: “Me duele el dolor de mis hijos”. Entonces revisé en el sistema la historia clínica; se trataba de un niño de



6 años, diagnosticado de apendicitis aguda, pero, al estar en una institución que no contaba con sala de cirugía, debía ser remitido.

La madre, angustiada, me comenta: “Aquí nadie da información, esas señoritas de blanco son bravísimas”. Y los principios bioéticos, ¿en qué semestre nos enseñan a no practicarlos? Me sentía afectada, tenía ganas de llorar; entonces empecé a entender su dolor: ¿qué sentiría yo si, al

estar un hijo enfermo, yo como madre no conociera los procesos logísticos?

Habían pasado 2 horas y la docente nos indica: es hora de preparar medicación. Hasta el momento, ninguna enfermera o médico entraba a los cubículos. El niño lloraba, refería dolor; pensé en lo difícil que era para mí no poder aplicar un analgésico rápidamente y sanar el dolor de este niño, si mi profesión me había enseñado que debo evitar el dolor en las personas, más en un niño.

Decidí pasar la mano por su frente y lo sentí hipertérmico; el termómetro mostró 38,5 ° C. Aplicaba medios físicos para disminuir la temperatura. Tomé sus signos vitales y los registré en la historia clínica. Empecé a sentir coraje; quería ir y poner una queja. Pensé en ese momento que es mucho y poco lo que uno hace en un servicio de urgencias, porque las necesidades de alivio del dolor y de compañía son constantes. Sin embargo, decidí permanecer en la habitación para brindar compañía. La madre fue al trabajo social para agilizar la transferencia.

Un grito desde la estación de enfermería decía: "oye niña, tú, la estudiante", ayuda a recoger todo que la ambulancia ya viene. Más coraje de esa actitud; insistía, ¿y los principios bioéticos? Se olvidaron, están cansadas, no les gusta la profesión, solo esperan el sueldo. Quería salir corriendo.

Llegó la madre con los documentos listos. Solo le pedía a Dios que mi presencia pudiera generar bienestar en ese momento desesperante y le repetía: "Estamos para cuidarte", "vas a estar bien". Sentí que escuchó mis palabras cuando vi que me tomaba la mano con fuerza y, aunque agitado, ya no expulsaba el aire por la boca, sino por la nariz. Me alegró ver el cambio que había tenido; aunque la fiebre aumentaba, el riesgo de una perforación era inminente. Por eso anhelaba que el tiempo pasara rápido y la cirugía se diera pronto.

Conclusiones

Desde la opinión personal, no pretendo levantar polémica, pero lo sucedido revela una grave violación bioética en el ámbito pediátrico, donde el equipo de profesionales prioriza estar hacinados en la estación de enfermería, simulando estar en una reunión jocosa, olvidando la atención inmediata a pacientes vulnerables y madres angustiadas.

Esta negligencia contraviene principios fundamentales como la beneficencia y no maleficencia, exponiendo a los niños a riesgos innecesarios y erosionando la confianza en el sistema de salud. El estudiante de enfermería, como agente ético, debe actuar con prontitud, reportando la situación a instancias superiores para restaurar el equilibrio entre el deber profesional y la dignidad humana.

Por otro lado, este dilema subraya la necesidad de fomentar una cultura institucional que promueva el silencio terapéutico, la responsabilidad colectiva y la formación ética continua. Responder con interrogantes bioéticos no solo empodera al estudiante para intervenir, sino que invita a reflexionar sobre reformas sistémicas, asegurando que la práctica pediátrica priorice siempre la vida y el bienestar por encima de distracciones triviales. Así, se transforma un acto de omisión en una oportunidad para la justicia y el cuidado humanizado.



CAPÍTULO XVII

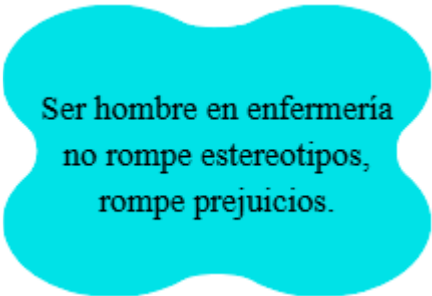
¡HOMBRES EN ENFERMERÍA: ¡ESTIGMA VS. VOCACIÓN!

Santiago Anderson Piedra Arias



Introducción

Soy estudiante de quinto semestre de la carrera de enfermería de una universidad privada del Ecuador, joven ecuatoriano apasionado por cuidar a los vulnerables; decide estudiar enfermería atraído por su esencia humanitaria. Sin embargo, al matricularse, el rumor absurdo de la sociedad describe lo errado de asociar una vocación profesional con la sexualidad o identidad, donde el prejuicio arraigado de que enfermería es "cosa de mujeres".



**Ser hombre en enfermería
no rompe estereotipos,
rompe prejuicios.**

Primero, la familia cree que enfermería es todo menos una profesión; muchos conocidos lo minimizan a lo subjetivo: “esos que visten de blanco son ayudantes de los médicos”, y los amigos de la secundaria lo tildan de "poco hombre". Sin

embargo, haciendo oídos sordos, siento la satisfacción personal de ver a muchos enfermos regalando una sonrisa en agradecimiento o teniendo confianza compasiva cuando se ayuda en procedimientos básicos, cuando desde la bioética se tiene sembrado el respeto ante cuerpos desnudos, consultando antes de actuar para involucrar la autonomía.

No me importan los estigmas, porque el apoyo entre compañeros es fundamental. Es por ello que, a modo de reflexión personal, expone que el estigma no debe herir la autoestima, porque los roles de género en salud son según las propias concepciones que en psicología se conocen como “proyecciones”. Enfatizando que el cuidado de enfermería es amor fraterno, caridad recíproca, compasión verdadera, y que esas cualidades trascienden a quien los practica, porque enfermería es “más allá del cuidado”. Es integral y no se asocia

a condiciones de identidad sexual o de género; sexos y enfoque en la empatía universal.

Planteo las siguientes interrogantes: ¿Cómo choca el estereotipo de enfermería como profesión femenina exclusiva con el principio de justicia distributiva en bioética, limitando la diversidad de cuidadores y el acceso equitativo al talento masculino en atención

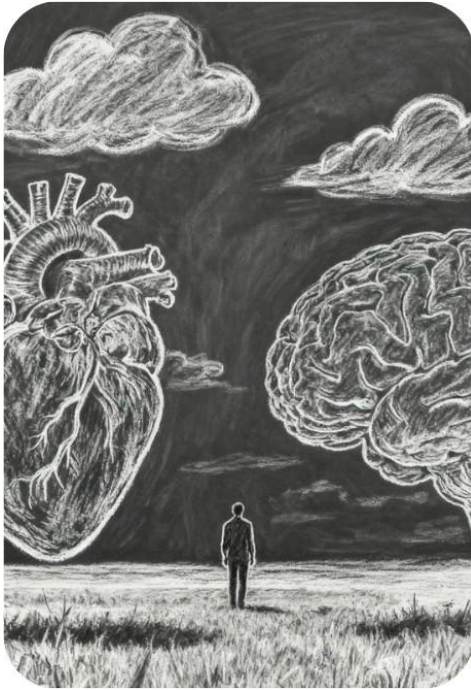


sanitaria? ¿Representa el juicio de amigos y familiares sobre un hombre en enfermería una violación sutil a la autonomía personal del estudiante, al imponer normas de género que socavan su vocación ética de servir sin distinción? ¿En qué medida el estigma social contra hombres en enfermería contraviene la beneficencia colectiva, al desincentivar vocaciones valiosas y perpetuar desigualdades que afectan la calidad humanizada del cuidado a pacientes?

Desarrollo

En relación a las otras profesiones en salud, la incursión es equitativa de hombres y mujeres; actualmente, en enfermería se están borrando los estigmas y la presencia masculina es trascendental. El estereotipo de enfermería como exclusivo de mujeres socava la justicia distributiva bioética al restringir el talento masculino, generando desequilibrios en la fuerza laboral sanitaria que afectan la cobertura equitativa de cuidados. Esto perpetúa desigualdades donde hombres talentosos son disuadidos, limitando la diversidad de enfoques

empáticos y técnicos esenciales para pacientes variados, como en pediatría o emergencias, donde la OMS urge mayor inclusión para optimizar recursos globales.



Los juicios de amigos y familiares violan la autonomía del estudiante al imponer estereotipos de género que invalidan su elección libre y ética, convirtiendo la vocación en un acto de rebeldía contra normas culturales opresivas. En bioética, esto exige proteger la deliberación personal de los hombres que deciden ser enfermeros, fomentando entornos educativos que refuercen su derecho a decidir sin coacción social, priorizando su integridad moral sobre las expectativas

tradicionales de masculinidad.

El estigma contra los hombres en enfermería contraviene la beneficencia al desalentar vocaciones clave, reduciendo la calidad humanizada del cuidado y sobrecargando a un colectivo mayoritariamente femenino. Bioéticamente, esto demanda intervenciones institucionales para valorar contribuciones masculinas, como la fortaleza emocional, asegurando un sistema sanitario más resiliente y justo que multiplique el bienestar colectivo de las pacientes. En bioética, esto evoca debates sobre equidad de género en salud: datos de la OMS muestran que solo el 10% de enfermeros globales son hombres,

un desequilibrio que priva al sistema de perspectivas diversas. Muchos enfermeros enfrentan reflexiones permanentes, preguntándose si su pasión resiste el peso cultural que asocia enfermería con sumisión femenina, cuando en realidad exige resiliencia universal. El prejuicio tiende a transformar sueños en derrotas.

Conclusiones

El estudiante de enfermería ilustra cómo los prejuicios de género en enfermería a veces hieren y, al mismo tiempo, empobrecen la bioética colectiva al bloquear la justicia y autonomía en vocaciones puras. Romper este ciclo exige educación inclusiva y campañas que celebren el cuidado como patrimonio humano compartido, permitiendo que hombres como él florezcan sin juicios. Al final, es importante sobrevivir al estigma para transformarlo en testimonio vivo: la enfermería no tiene sexo, solo corazones valientes listos para sanar el mundo.



CAPÍTULO XVIII

¡ENTRE FE Y DECISIÓN!

Damaris Amelia Pilapanta Suarez



Introducción

Las prácticas hospitalarias emocionan, asustan y también causan incertidumbre; desde la experiencia escasa, porque aún soy estudiante, mi docente de bioética nos ha explicado muchos elementos para ser aplicados en bien de todo el equipo hospitalario. Y es preocupante, para mí, en algún momento faltar a cualquiera de los principios bioéticos.

Fui asignada a la unidad renal; me sentía incómoda, era la primera vez y tenía muy

No basta con creer, hay que decidir con conciencia y valentía.

limitadas mis funciones. Conozco las conceptualizaciones relacionadas a la enfermedad renal; las máquinas de diálisis, previa a la práctica, nos enseñaron una sola vez. ¡Qué susto las fistulas! Me pusieron a pesar pacientes al ingreso y al egreso; me aturdían frases nuevas y repetitivas.

Durante la jornada de práctica, tuve la oportunidad de cuidar de un hombre de 47 años de edad, que asiste a diálisis 4 veces a la semana. Durante la anamnesis indica con frecuencia tener infecciones recurrentes, no solo del aparato renal y urinario, sino de otros aparatos y sistemas, todo ello derivado de los inmunosupresores indicados como parte del tratamiento. Mientras transcurría el conversatorio, me comenta que él tenía una vida normal; era odontólogo de profesión, que desempeñaba varios roles de manera normal: padre, esposo, hijo, etcétera. El paciente indicaba que, a partir del diagnóstico recibido por el nefrólogo, pasó por procesos depresivos frecuentes, situación que fue motivo para tener varios ingresos hospitalarios; al mismo tiempo, la preocupación de dejar a sus hijos y esposa desamparados.



Sin embargo, rechaza otro tipo de tratamiento; por ejemplo, trasplante renal y se niega a hacer la solicitud para ser paciente en espera. Sin la experiencia de ser profesional titulada y conociendo mis limitaciones como estudiante, pude identificar con rapidez el desespero y la angustia; me tomé un momento para hablar con él y dar contención a sus emociones. Escuché con paciencia lo difícil que era este proceso; manifiesta arrepentimiento por no aceptar el trasplante, le producía angustia; además de su estado de salud, la alteración del rol que desempeñaba y cómo ello afectó a su familia y amigos.

Mientras escuchaba las expresiones del paciente, también hacía la valoración de sus necesidades de cuidado y realizaba las intervenciones de enfermería que atendieran estas necesidades. Procuraba poner especial atención a aquellas de índole emocional, pues los cuidados relativos a su condición física ya se realizaban con estricto apego.

Mientras fluía la conversación, me preocupé un tanto respecto a los principios bioéticos que se están inmiscuyendo en el relato y los que debe respetar. ¿Hasta qué punto debe respetarse la negativa terapéutica del paciente por su fe, si acelera su muerte y deja desamparada a su familia? ¿Prolongar la vida con diálisis viola su creencia religiosa o negarla causa daño evitable por agotamiento renal? ¿Es ético asignar recursos a pacientes que rechazan tratamientos estándar por motivos de fe?

Desarrollo

Autonomía vs. beneficencia: la autonomía del paciente prima; su fe católica lo lleva a rechazar la diálisis. Sin embargo, la beneficencia obliga al personal de salud a promover bienestar, ya que el tratamiento extendería la vida útil y aliviaría síntomas, beneficiando indirectamente a la familia. El conflicto surge si su decisión es informada vs. influida por culpa familiar.

Desde la experiencia particular como estudiante de enfermería, aplicaría la elaboración del consentimiento informado con consejería ética/religiosa; ofrecer cuidados paliativos respetando autonomía sin negligencia. No maleficencia: “primero no dañar” se cumple con diálisis al prevenir uremia/convulsiones, pero el paciente la percibe como daño espiritual (prolongar sufrimiento como “prueba de fe”). El rechazo acelera la muerte dolorosa.



Desde mi punto de vista indicaría evaluar la esfera mental para descartar coerción emocional, minimizando daño físico/espiritual. Justicia distributiva: desde el propio paciente se plantea discriminación por creencia religiosa. La familia se verá afectada debido a que, por justificarse, el paciente se niega a su tratamiento que puede alargar la vida.

En el comité de ética asistencial se debe abordar el caso para tomar decisiones frente a todos los conflictos éticos inmersos, con la finalidad de mantener un desarrollo equilibrado de principios, priorizando la autonomía informada, permitiendo al paciente tomar decisiones centradas en su recuperación o en el cuidado paliativo del paciente.

Conclusiones

La relación cercana que forjé con el paciente renal me permitió orientar y propiciar la reflexión sobre la forma en que la diálisis estaba cambiando su vida y la necesidad de actuar en favor de esa adaptación para lograr tener una mejor calidad de vida. Hablamos sobre la dieta, medicamentos, cuidados y todo lo inherente a su condición de salud. Después de esta conversación, el paciente se mostró optimista ante el reto que enfrentaba y yo experimenté la gratificante sensación

de transformar un problema en una oportunidad para mejorar. Con frecuencia subestimamos el poder de una conversación con nuestros pacientes; escuchar sus temores y angustias puede significar la oportunidad de transformar una experiencia negativa en una nueva oportunidad.



CAPÍTULO IXX

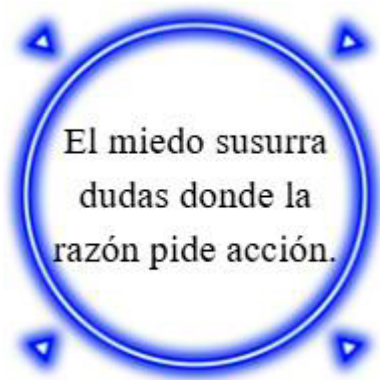
DECISIONES TEMEROSAS

Michelle Dayana Pinango Tarapues



Introducción

Dentro de emergencias pediátricas, los eventos críticos tienden a exponer tensiones éticas que colocan a estudiantes frente a decisiones inesperadas. Todo es inesperado: se presentan urgencias, presiones agotadoras del entorno; además, miedo por la responsabilidad hacia cada paciente se combinan escenarios donde cualquier acción debe evaluarse con rigor moral.



En este contexto, surge un dilema relevante: ¿cómo actuar cuando se solicita una tarea que podría poner en riesgo a un niño en condición inestable? ¿Qué decisión resulta adecuada cuando un niño colapsa durante la valoración inicial? ¿Cómo influye el temor técnico en la respuesta ante una indicación que puede comprometer la seguridad? ¿De qué manera los

principios bioéticos guían la elección correcta cuando un estudiante enfrenta presión asistencial?

Desarrollo

Durante una jornada de atención continua, ingresó un niño con manifestaciones claras de shock: piel fría, taquicardia marcada, respiración acelerada y disminución evidente del estado de alerta. Mientras el equipo de salud realizaba la valoración primaria, el niño colapsó de manera abrupta. Ese momento generó un ambiente de tensión creciente, donde los profesionales se movilizaron para recuperar estabilidad hemodinámica mediante intervenciones rápidas.

En medio del proceso de estabilización, una enfermera indicó a una estudiante de enfermería que ajustara la bomba de infusión dedicada a administrar medicación crítica. La instrucción surgió mientras el equipo enfrentaba múltiples demandas simultáneas. Sin embargo, el procedimiento requería precisión extrema, experiencia en el manejo del dispositivo y supervisión estricta, considerando que una dosis mal programada podía intensificar la inestabilidad del niño.

Ante esta indicación, apareció un dilema ético significativo. La estudiante conocía los límites establecidos en la formación y comprendía que la normativa prohibía manipular dispositivos de infusión sin acompañamiento profesional. Además de esa restricción, existía un temor real



a cometer un error técnico en un momento donde cada parámetro influía en la vida del niño. La presión del entorno se combinó con la inseguridad, generando dudas profundas.

A pesar de la tensión, la estudiante decidió comunicar con firmeza que no contaba con la seguridad necesaria para ejecutar el ajuste. Esa decisión permitió que un profesional capacitado asumiera el procedimiento, evitando riesgos asociados a una administración inadecuada. Gracias a esta respuesta, el equipo continuó la estabilización siguiendo protocolos establecidos y manteniendo un control seguro de la medicación.



El caso permitió evidenciar la importancia de los principios bioéticos: Autonomía: se respetó al asegurar un manejo transparente y seguro. Beneficencia: se priorizó el bienestar del niño mediante una intervención técnicamente adecuada. No maleficencia: se evitó un daño potencial derivado de una programación incorrecta. Justicia: se garantizó que cada tarea fuera realizada

por personal autorizado, preservando estándares asistenciales.

Conclusión

Este evento demostró que los dilemas éticos no siempre aparecen en decisiones extraordinarias, sino también en tareas habituales que, dentro de un contexto crítico, adquieren un peso determinante. La estudiante expresó límites técnicos y favoreció la seguridad del niño, confirmando que reconocer incertidumbres es un acto de responsabilidad profesional. Las decisiones temerosas, cuando se fundamentan en criterios éticos, se transforman en decisiones maduras que protegen la vida y la dignidad del paciente pediátrico. Esta experiencia refleja la importancia de mantener prudencia, claridad comunicativa y compromiso ético en cada intervención

clínica, protegiendo estándares institucionales de seguridad asistencial.

El caso permitió reconocer que, en situaciones críticas, expresar límites técnicos es un acto de responsabilidad y no de debilidad. La presión del entorno puede llevar a decisiones precipitadas, aunque la ética profesional exige ponderar riesgos con claridad. La experiencia destacó la importancia de la comunicación asertiva, del respeto por las funciones de cada integrante del equipo y de la necesidad de mantener una postura prudente frente a procedimientos que requieren alta precisión.

En otro escenario similar, mantener esta postura permitiría seguir protegiendo la seguridad del paciente y fortalecer el rol formativo en emergencias. Este caso evidenció que las decisiones temerosas pueden transformarse en decisiones responsables cuando se basan en principios éticos. La negativa razonada permitió evitar daños y favoreció una atención segura en un niño con un cuadro clínico crítico. La experiencia reforzó que la ética no solo guía grandes decisiones, sino también acciones aparentemente simples que, en un contexto de emergencia, adquieren un valor determinante para la calidad del cuidado.



CAPÍTULO XX

DILEMA MORTAL: EUTANASIA, FE Y SILENCIO FRATERO

Melany Dayana Quicaliquin Guaquipana



Introducción

No soy feminista; sin embargo, destaco el rol de ser estudiante de enfermería y, por ser mujer, comprendo que el cuidado en general tiene su génesis en la maternidad. Las enfermeras —mujeres, hijas, hermanas, esposas y madres—, por ello agradezco a la vida la oportunidad de estar en el proceso formativo para, a futuro, realizarme como profesional en enfermería. Mis experiencias prácticas en unidades de atención directa me han permitido conectarme con la fragilidad humana que requiere cuidado específico, según cada caso.

Una mujer que cuidaba a su hermano, afectado por un proceso oncológico, me preguntó si el tratamiento sería positivo. Solo respondí que soy estudiante y que, entre mis deberes éticos, está no emitir criterios que solo corresponden a quienes trabajan en la institución.

La fe invita a cuidar la vida, incluso cuando duele sostenerla.

A partir de ello, inicié una conversación. Me enteré de que, debido a un lunar que creció y presentaba múltiples vellosidades, acudieron a consulta médica general; sin embargo, fue remitido a un hospital oncológico para determinar su posible carácter maligno o benigno. Los resultados fueron devastadores para toda la familia: “¡cáncer de piel agresivo!”, con apenas 17 años, habiendo hecho metástasis. Cursó tratamiento de radioterapia y quimioterapia, pero no hubo respuesta favorable. Ha pasado un año y seis meses desde el fatídico día del diagnóstico; actualmente, se encuentra en cuidados paliativos.

La familia sufre emocionalmente e intenta solicitar eutanasia, creando un dilema con una hermana consanguínea, religiosa consagrada en una comunidad de misioneras, quien no participa activamente en el cuidado y se opone desde sus

creencias. Por su parte, el paciente comprende muy poco sobre la eutanasia y, además, es menor de edad.



Claramente, en este caso se presentan dilemas éticos. Desde mi posición como estudiante de enfermería, planteo las siguientes interrogantes, enfocadas en los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia y el rol de los familiares en pacientes terminales menores de edad:

- ¿Cómo se equilibra el principio de autonomía del paciente menor de 17 años, consciente, pero sin comprensión plena de la eutanasia, frente a la solicitud de los familiares y la oposición de la hermana religiosa que no contribuye al cuidado paliativo?
- ¿Viola la petición de eutanasia por parte de los familiares el deber de no maleficencia en cuidados paliativos para un joven con metástasis terminal, considerando la falta de apoyo práctico de la hermana opositora y la vulnerabilidad del menor?
- ¿Qué rol ético corresponde al equipo médico en mediar el conflicto familiar entre la demanda de eutanasia y la objeción religiosa, para priorizar la beneficencia y la justicia en el sufrimiento de un paciente menor de edad consciente, pero incapaz de decidir autónomamente?

Desarrollo

Dando respuesta a las interrogantes, desde el conocimiento de la bioética, me permito expresar lo siguiente:

El equilibrio entre la autonomía del paciente menor de 17 años y las posiciones familiares o religiosas requiere una evaluación rigurosa, en la que debe involucrarse el equipo médico. Todas



las decisiones deben fundamentarse en el principio del “mejor interés del menor”. Considerando que el adolescente está consciente, pero con comprensión parcial del concepto de eutanasia, es necesario priorizar el bienestar paliativo en relación con las decisiones propuestas. Para ello, se pueden utilizar entrevistas adaptadas, apoyo psicológico y acompañamiento terapéutico como mecanismos que fomenten una autonomía progresiva.

La oposición de la hermana religiosa, sin contribución activa al cuidado, no debe bloquear las opciones terapéuticas; sin embargo, invita a un diálogo interdisciplinario que respete sus creencias sin imponerlas, asegurando que la beneficencia guíe cualquier intervención en el proceso terminal.

La petición de eutanasia por parte de los familiares no viola per se el principio de no maleficencia si su intención es aliviar un sufrimiento refractario en fase terminal. No obstante, en menores de edad exige un discernimiento riguroso, sustentado en protocolos de cuidados paliativos avanzados, priorizando el manejo del dolor y el soporte emocional, así como la educación sobre el proceso de morir dignamente, diferenciándolo de la muerte inducida.

La ausencia de apoyo práctico de la hermana religiosa agrava la vulnerabilidad del paciente, convirtiendo su oposición en un obstáculo ético que podría interpretarse como una forma de negligencia indirecta. En este contexto, el equipo de salud debe documentar exhaustivamente el sufrimiento del paciente y recurrir al comité de ética clínica para analizar si la eutanasia

representa un acto de compasión o una evasión de responsabilidades familiares compartidas.

Finalmente, el equipo médico debe asumir un rol mediador, desde una postura neutral, enfatizando el principio de beneficencia para optimizar los cuidados paliativos, mientras los familiares resuelven el conflicto a través de instancias como los comités de ética hospitalaria, que integran psicólogos, capellanes y representantes legales. Dada la minoría de edad del paciente, se deben aplicar criterios de decisión asistida, priorizando la expresión de su sufrimiento sobre la presión familiar o la objeción religiosa. Esta mediación fortalece la justicia distributiva, garantizando una atención equitativa y digna.

Conclusiones

Es evidente la presencia de múltiples dilemas bioéticos en este caso: la solicitud de eutanasia para un joven de 17 años con metástasis en fase terminal, el sufrimiento emocional intenso y la limitada autonomía del paciente consciente. Asimismo, se identifica una tensión significativa entre la demanda familiar de alivio compasivo y la oposición religiosa pasiva de la hermana, lo que exige una intervención ética del equipo médico centrada en los principios de beneficencia y no maleficencia. Se hace imprescindible priorizar los cuidados paliativos y promover una mediación interdisciplinaria que permita proteger la dignidad del paciente vulnerable. Resulta necesario equilibrar las creencias personales con el imperativo de justicia, transformando este conflicto en un testimonio de humanidad solidaria que trascienda ideologías y honre la vida en su etapa más frágil.



CAPÍTULO XXI

ENTRE LA INCERTIDUMBRE Y LA RESIGNACIÓN

Gabriela Ramírez



Introducción

En la atención clínica a una adulta mayor con herida quirúrgica abdominal, se intensifica, desde la perspectiva de estudiante de enfermería, la necesidad de anticiparse a las demandas fisiológicas. Por ello, se evalúa la presencia de sintomatología que compromete el confort y el bienestar: dolor constante, inflamación persistente y dehiscencia con secreción.

Cuidar es estar, explicar y respetar.

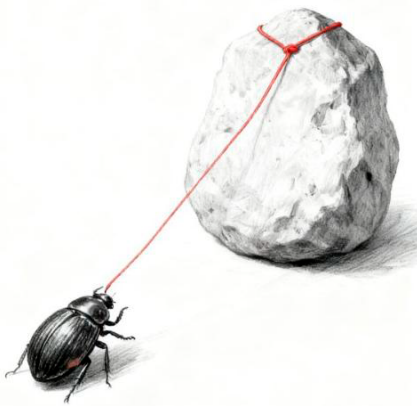
Desde la búsqueda de información, se revisa la historia clínica, en la cual consta el diagnóstico de diabetes; sin embargo, la paciente no recibe información precisa, por lo tanto, desconoce cuidados, riesgos y posibles complicaciones. Frente a esta experiencia, en calidad de estudiante en la cátedra de bioética, se intenta comprender las causas de la desinformación a través de los siguientes planteamientos:

- ¿Qué ocurre cuando falta información durante la atención de salud antes de la realización de procedimientos?
- ¿Cómo se vulneran los principios bioéticos cuando la comunicación no es transparente?
- ¿Qué acciones pueden disminuir el impacto de una decisión tomada sin un consentimiento informado adecuado?
- ¿Por qué los principios de autonomía y justicia deben primar en la atención?

Desarrollo

Durante la cátedra de bioética se comprende que existen principios fundamentales que orientan la atención en salud, enmarcados en el respeto, la justicia, la no maleficencia y la autonomía.

Se realiza una interpretación bioética para analizar lo sucedido. La omisión sistemática de información sobre riesgos, recuperación y tratamiento en una paciente posoperatoria con



comorbilidad diabética constituye una violación grave de los principios bioéticos fundamentales, particularmente de la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia.

Violación del principio de autonomía: negar información sobre complicaciones asociadas a la hiperglucemia posquirúrgica - como infecciones de la herida, retrasos en la cicatrización y descompensaciones metabólicas - limita la capacidad de la paciente para deliberar y tomar decisiones informadas. Una paciente desinformada ignora riesgos relevantes: la hiperglucemia incrementa la susceptibilidad infecciosa, retrasa los procesos de recuperación y eleva el riesgo de complicaciones sistémicas.

Infracción de la beneficencia y la no maleficencia: la beneficencia exige maximizar el bienestar del paciente mediante la promoción de una recuperación óptima, mientras que la no maleficencia implica evitar daños previsibles. Ocultar información relacionada con el pronóstico - como el tiempo de estancia hospitalaria, el uso de insulina ajustada o la necesidad de rehabilitación- obstaculiza el autocuidado y expone a la paciente a riesgos evitables.

Recomendaciones éticas prácticas: se requiere implementar protocolos de consentimiento informado preoperatorio, sesiones educativas sobre el manejo de la diabetes en el periodo

posquirúrgico y auditorías de la comunicación terapéutica, con el fin de corregir estas deficiencias.



Durante cada valoración, la herida mantiene un aspecto estable, pero sin señales claras de cicatrización, lo que genera preocupación y la necesidad de un análisis más detallado. En la revisión de antecedentes clínicos, se identifican valores elevados de glucosa registrados antes de la intervención quirúrgica. Estas cifras corresponden a una diabetes no diagnosticada en ese momento; sin embargo, a pesar de estos indicadores, la cirugía fue realizada

sin una explicación completa a la paciente sobre los riesgos asociados a dicha alteración metabólica.

Esta situación evidencia una clara falta de información previa a la intervención quirúrgica, generando vulnerabilidad, desconocimiento del riesgo y ausencia de comprensión sobre las posibles complicaciones en el proceso de recuperación.

La evolución de la herida pone en evidencia un problema fundamental: la ausencia de comunicación adecuada con la paciente. Esto limita su autonomía, al no recibir información suficiente para tomar decisiones fundamentadas. Asimismo, el riesgo elevado asociado a su condición vulnera el principio de no maleficencia, y la falta de información clara afecta el principio de justicia, al no garantizar un acceso equitativo a la información esencial.

Durante el proceso de curación, surgen dudas por parte de la paciente sobre el progreso de la herida. En este contexto, como personal de salud, se proporciona educación clara sobre la influencia de los niveles elevados de glucosa en la cicatrización, así como orientación sobre cuidados locales y factores que favorecen la recuperación. El uso de un lenguaje accesible, explicaciones breves y un entorno confortable constituyen acciones que disminuyen el impacto negativo derivado de una decisión tomada sin un consentimiento informado adecuado.

Conclusión

El caso permite comprensión de las posibles consecuencias derivadas de realizar intervención quirúrgica sin información clara del paciente, permite analizar la relevancia que tiene, mantener la comunicación transparente especialmente en pacientes con condiciones no identificadas, ya que la evolución limitada de la herida, el desconocimiento de los riesgos asociados a un problema metabólico evidencia la necesidad de mantener la información clara por parte del personal de salud en todo momento con acompañamiento respetuoso al paciente.



CAPÍTULO XXII

ENTRE EL SILENCIO Y LA CALMA

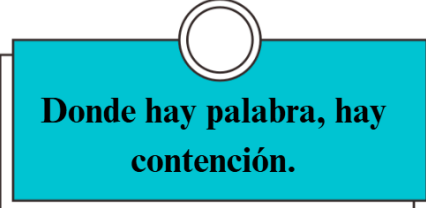
Mayra Alexandra Rivera Cabrera



Introducción

Durante mi rotación académica en el área de medicina interna, viví una experiencia que me permitió comprender de forma más profunda la importancia de la comunicación como parte esencial del cuidado ético. No se trató de un procedimiento complejo, sino de un momento aparentemente cotidiano que evidenció cómo la información, o su ausencia, puede impactar directamente en el bienestar emocional de un paciente.

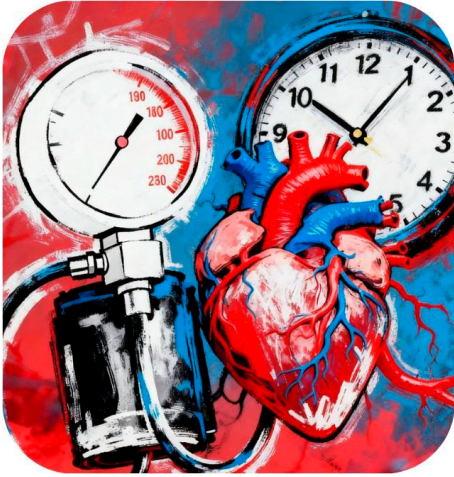
Una tarde ingresó al servicio una mujer de 56 años con antecedentes de hipertensión y diabetes. Había acudido por episodios recurrentes de dolor torácico y mareos, por lo que se iniciaron pruebas complementarias para descartar un posible síndrome coronario. La paciente se encontraba acompañada de un familiar en el momento del ingreso; sin embargo, por evitar preocupar a su familia, solicitó que no se les notificara su situación hasta tener un diagnóstico más claro.



Donde hay palabra, hay contención.

Con el paso de las horas, el servicio se saturó debido al alto número de emergencias. Los resultados de los exámenes tardaron más de lo esperado, lo que generó un período prolongado de incertidumbre. Aunque el personal no actuó con mala intención, las visitas informativas a la paciente fueron muy breves, centradas más en lo técnico que en lo emocional. Ella no pedía explicaciones complejas, sino una frase que le permitiera sentir que estaba acompañada en el proceso.

Recuerdo que, en un momento, me tomó de la mano y me dijo: “Lo que me preocupa no es el dolor, es no saber qué está pasando en mi propio cuerpo.” Esa frase me llevó a reflexionar sobre cómo la vulnerabilidad se intensifica cuando un paciente siente que la información no fluye de manera clara ni constante.



El dilema ético surgió al observar que, aunque se estaba garantizando su atención física, su estado emocional se deterioraba por la falta de comunicación empática. El equipo cumplía con los procedimientos, pero el silencio prolongado generaba angustia innecesaria.

Por tanto, desde la experiencia aprendida en la cátedra de bioética, surgen interrogantes:

- ¿En qué medida la falta de comunicación influye en la percepción de humanidad dentro del cuidado hospitalario?
- ¿Puede considerarse la comunicación como una intervención terapéutica en sí misma dentro del ámbito hospitalario?
- ¿Cómo impacta la ausencia de información en la toma de decisiones y en la participación activa del paciente en su propio cuidado?

Desarrollo

Cuando los resultados llegaron, se descartó un evento coronario y se confirmó que el dolor tenía origen musculoesquelético. La paciente expresó alivio, pero también mencionó que le hubiese gustado recibir

actualizaciones durante la espera, aunque solo fuera para saber que todo avanzaba con normalidad.

Esta experiencia me permitió reconocer que la bioética no solo se manifiesta en las grandes decisiones médicas, sino también en cada interacción, cada explicación y cada minuto en que un paciente espera en silencio. Se identifican los principios bioéticos en la narrativa, desde la propia perspectiva del estudiante:



- Autonomía: se respetó parcialmente. Aunque se le informó adecuadamente al final del proceso, durante la espera no contó con información suficiente para sentirse partícipe de su situación clínica.
- Beneficencia: cumplida desde el punto de vista clínico, ya que se realizaron todos los procedimientos necesarios para proteger su salud física. Sin embargo, fue limitada en el ámbito emocional.
- No maleficencia: no se vulneró de forma intencional; no obstante, la falta de comunicación oportuna generó ansiedad evitable, lo que constituye un malestar que pudo prevenirse.
- Justicia: respetada, ya que recibió atención equitativa a pesar de la alta demanda del servicio y no enfrentó discriminación de ningún tipo.

Conclusión

Esta experiencia me permitió entender que la ética en el ámbito de la salud no se limita a realizar procedimientos adecuados, sino que también exige acompañar al paciente con una comunicación constante, clara y comprensible. Explicar de manera sencilla lo que está ocurriendo, incluso cuando no hay novedades en los resultados, se convierte en una forma de cuidado que fortalece la confianza, disminuye la incertidumbre y contribuye al bienestar emocional durante la hospitalización.



CAPÍTULO XXIII

INSULINA Y SUSPIROS NEONATALES

Daniela Valentina Rosero Boada



Introducción

Durante las prácticas realizadas en el área de obstetricia, en el cuarto semestre de la carrera de enfermería, se presentó el caso de una mujer en puerperio inmediato que esperaba información sobre el estado de su hijo, quien permanecía en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales debido a complicaciones al nacer. La paciente tenía antecedentes de abortos previos, con antecedente patológico de diabetes mellitus tipo 1. Presentaba episodios severos de ansiedad, con llanto fácil por la preocupación e incertidumbre respecto al diagnóstico del neonato en la unidad de cuidados intensivos.

La ausencia no siempre es descuido, a veces es miedo.



Durante la práctica, en la ronda de administración de medicamentos, la mujer puérpera no se encontraba en su unidad. Antes de generar alarma por el suceso, se procedió a buscarla en otros espacios, con resultados negativos. Se

asumió que podría estar en la UCI neonatal; sin embargo, tampoco se encontraba allí.

La ausencia representaba un riesgo debido a la necesidad de cumplir estrictamente con los horarios del tratamiento, recordando que es insulín dependiente. Finalmente, se informó que la paciente asistía a una charla sobre medidas de bioseguridad necesarias para visitar a su hija sin comprometer la seguridad de ambas.

El personal de seguridad confirmó su ubicación y, al acudir al lugar, se encontró a la paciente participando en la capacitación. Aunque inicialmente surgió preocupación por la situación,

posteriormente se comprendió la angustia de la paciente ante el estado de salud de su hija. La experiencia permitió reconocer la importancia de que las madres mantengan el cuidado de su propia salud para poder brindar el acompañamiento necesario a sus bebés. En este caso, la paciente priorizó su inquietud maternal por sobre su tratamiento, lo que implicó un riesgo para su estabilidad metabólica.



En el caso se plantean interrogantes puntuales sobre la realidad vivencial de cada persona, desde los principios bioéticos:

- ¿De qué manera el servicio de patología obstétrica puede prever la ausencia de la paciente para asegurar la administración puntual de la insulina?
- ¿Qué apoyo alternativo podría haberse ofrecido para disminuir la preocupación materna sin comprometer su tratamiento metabólico?
- ¿Qué estrategia educativa adicional habría permitido reforzar la adherencia terapéutica en una paciente con enfermedad crónica durante el puerperio inmediato?

Desarrollo

Análisis bioético. Autonomía: se respetó la decisión de la paciente de permanecer en la charla luego de recibir la insulina. Se reconoció su necesidad emocional, reforzando a la vez la importancia del autocuidado.

- Beneficencia: la administración oportuna de la insulina y el acompañamiento emocional contribuyeron a su bienestar físico y psicológico.

- No maleficencia: se evitó la aparición de complicaciones metabólicas mediante la continuidad del tratamiento, procurando no aumentar su angustia al respetar sus decisiones.
- Justicia: la paciente recibió atención adecuada, respetuosa y acorde con sus necesidades tanto clínicas como emocionales.



La experiencia evidenció la vulnerabilidad emocional de las madres con recién nacidos hospitalizados, especialmente cuando existen antecedentes de abortos o patologías crónicas. También puso en relieve la importancia del rol del personal de salud en el cumplimiento del tratamiento médico.

Se habría podido establecer un control previo de localización de pacientes con tratamientos de horario estricto, verificando su presencia antes del momento programado para la administración. Se habría podido proporcionar un espacio breve de contención emocional o una intervención de escucha activa antes del procedimiento, permitiendo canalizar su angustia materna sin retrasar la terapia.

Habría sido pertinente incorporar una explicación personalizada sobre el impacto que el adecuado control metabólico materno tiene en el bienestar neonatal, reforzando la importancia de no omitir su tratamiento. Una comunicación previa entre el equipo obstétrico y el personal de la UCI neonatal

habría permitido ajustar las actividades educativas, evitando programarlas en horarios coincidentes con la medicación crítica.

Conclusiones

Fue emotivo, ser testigo del encuentro de la mujer puerpera frente a la termocuna donde estaba su hijo, parecía que todo se paralizaba, los monitores ya no pitaban con urgencia. Por fin acuno a su hijo contra su pecho. La insulina en sus venas y las cicatrices del puerperio eran ahora medallas de una batalla ganada. "Somos sobrevivientes", murmuró, mientras el pequeño abría los ojos al mundo. En ese instante, el miedo se transformó en promesa: una vida compartida, frágil pero invencible.



CAPÍTULO XXIV

**EL AMOR INCONDICIONAL, ES LA
VOCACIÓN DEL CUIDADO**

Odalis Jhomaira Toapanta Muso



Introducción

El amor es un sentimiento profundo y multifacético, manifestado de diversas maneras entre miembros de una misma familia o incluso por personas sin lazos de consanguinidad, creando vínculos de lealtad. Suele ser incondicional y atemporal, y proporciona bases sólidas de apoyo emocional. Los abuelos, por ejemplo, demuestran formas de cariño empático, experiencial, protector y, sobre todo, sabio.

El desarrollo narrativo expone la relación interpersonal con los pacientes, ya que un suceso cotidiano fue el inicio para pensar y decidir la carrera profesional de enfermería y ejercerla a futuro con responsabilidad, cuidando a los pacientes con ahínco y dedicación. Surgen así interrogantes reflexivos:

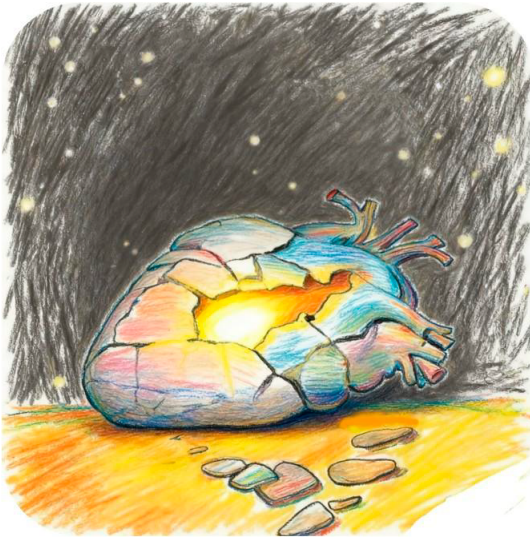
**El cuidado nace
donde el amor
aprende a quedarse.**

- ¿Cómo influyeron las relaciones interpersonales con los pacientes en la elección profesional?
- ¿Por qué la muerte de personas incentivó continuar en los estudios?
- ¿Cómo afectó la dimensión emocional en otras esferas de la vida?

Desarrollo

En la infancia, los juegos preferidos estaban relacionados con la salud: simulaba aplicar inyecciones con cualquier objeto inanimado, puncionaba el duro plástico de las muñecas y colocaba trapos sobre la frente, recreando los cuidados recibidos durante episodios de fiebre.

Crecí respondiendo con firmeza a los adultos que preguntaban: “¿Qué vas a estudiar cuando seas grande?”, contestando siempre: “Quiero ser doctora”. Cuando llegó el momento de ingresar a la universidad, elegir la carrera de enfermería representó la mejor decisión, a pesar de la vehemente negativa familiar, quienes consideraban que ser enfermera equivalía a todo menos a una profesión digna y trascendente.



Aquella oposición inicial, cargada de prejuicios arraigados en estereotipos de género y en la subvaloración del rol sanitario, se convirtió en un catalizador para continuar. En el contexto de la cátedra de bioética, esta experiencia personal se transformó en una reflexión profunda,

alineándose con los principios que rigen la praxis profesional y reafirmando la vocación humanitaria.

El principio de autonomía emergió como respuesta paradigmática a dichas disidencias familiares. Así como se respeta la capacidad de decisión del paciente en dilemas terapéuticos, este principio se aplicó a la propia trayectoria, defendiendo la elección profesional frente a presiones externas. Se comprendió que la libertad individual en contextos vocacionales exige coraje ético. Las discusiones sobre consentimiento informado resonaron con esta vivencia, entendiendo que, al igual que el profesional de enfermería protege la autodeterminación del paciente, también debe

ejercer su propia libertad para construir un camino coherente con su vocación.

La convicción se fortaleció mediante el principio de beneficencia, que transforma la enfermería en un acto de promoción integral del bienestar. A pesar de las críticas familiares que reducían el rol a tareas subalternas, las experiencias formativas permitieron comprender su dimensión estratégica: diseñar planes de cuidado personalizados que alivien el sufrimiento y restauren la dignidad humana.



Durante el análisis de situaciones relacionadas con la ética paliativa, se evidenció la importancia de priorizar el alivio holístico por encima de intervenciones innecesariamente invasivas, lo que permitió contrarrestar visiones reduccionistas sobre la profesión.

El principio de no maleficencia contribuyó a disipar temores infundados sobre los riesgos inherentes a la enfermería. Aunque la familia manifestaba preocupación por la exposición a patógenos y al desgaste emocional, la formación académica evidenció que existen protocolos estrictos de bioseguridad y estrategias de autocuidado que garantizan la protección del profesional.

Este conocimiento permitió rebatir objeciones con argumentos basados en evidencia, destacando que la enfermería se desarrolla bajo estándares de seguridad y calidad. Finalmente, el principio de justicia bioética consolidó la decisión profesional al evidenciar las desigualdades existentes en los sistemas de

salud. En el contexto ecuatoriano, la enfermería representa un pilar fundamental en la distribución equitativa de los recursos sanitarios.

Reflexionar sobre la toma de decisiones en contextos de escasez permitió comprender que el profesional de enfermería actúa como agente de justicia social, trascendiendo visiones simplistas y posicionándose como un actor clave en la transformación comunitaria. De este modo, la bioética no solo validó la elección profesional frente al escepticismo familiar, sino que la elevó a una misión irrenunciable, en la cual el cuidado se configura como una práctica científica, ética y profundamente humanista.

Conclusiones

El principio de autonomía permite reconocer que el respeto es la base de toda decisión, especialmente en la construcción de una visión auténtica del cuidado. El principio de beneficencia prioriza la dignidad humana, elemento esencial para desarrollar intervenciones de enfermería integrales. Por su parte, el principio de no maleficencia orienta acciones prudentes que minimizan riesgos e iatrogenias. Finalmente, el principio de justicia distributiva posiciona al profesional de enfermería como defensor de la equidad en el entorno sanitario. Por ello, la enfermería se consolida como una disciplina científica, humanística y ética, caracterizada por su compromiso con el cuidado integral, la empatía y la responsabilidad social. Se configura, así como una vocación trascendental que honra la dignidad humana y contribuye de manera significativa a la transformación del sistema de salud.



CAPÍTULO XXV

ENTRE MANOS QUE CUIDAN Y DILEMAS QUE ENSEÑAN

Alison Yuliana Toasa Valverde



Introducción

Ser estudiante de enfermería consiste en adentrarse en un mundo complejo orientado a la autorrealización, donde se experimenta claridad desbordante o una mesticia abrumadora frente a escenarios condicionados por la vida y la muerte. Se acentúan elementos de aprendizaje concatenados en cada asignatura: el funcionamiento del cuerpo, los cuidados terapéuticos, conceptos, definiciones y cátedras de alta complejidad.



Donde el cuidado se cruza con la conciencia,
nace el aprendizaje.



La cátedra de bioética conduce a la reflexión personal, fortaleciendo la comprensión de una atención compasiva, humana y equilibrada, así como el acatamiento respetuoso hacia

los pacientes. Resulta desconcertante la dualidad de los múltiples dilemas éticos impredecibles que surgen en la atención directa, tanto en la estancia hospitalaria como en el ámbito comunitario, e incluso en las relaciones interpersonales dentro de los equipos de salud.

Ingresar a la carrera de enfermería, desde una perspectiva personal, fue una decisión impulsiva, sin una orientación clara sobre la esencia misma de la profesión. Sin embargo, ya en la mitad del proceso formativo, se perciben profundamente los valores humanos implícitos que emergen constantemente durante la toma de decisiones frente a grandes responsabilidades, orientadas a evitar la vulneración de la dignidad de las personas.

Haber recibido en el núcleo familiar una formación basada en valores humanos permitió descubrir, a través de la asignatura de bioética, que el cuidado de personas con diversos grados de vulnerabilidad implica la aplicación de principios, leyes y normativas que fomentan actuar con responsabilidad, prudencia y conocimiento de causa. Asimismo, se comprende que la atención a pacientes no es solo un acto de buena voluntad, sino que posee un sustento normativo y legal, cuya transgresión deliberada puede conllevar sanciones severas.

Estas situaciones generan temor en los estudiantes novatos; sin embargo, el conocimiento teórico de la bioética permite humanizar la práctica y garantizar la priorización del paciente desde el primer contacto. A partir de estas reflexiones, surgen las siguientes interrogantes:

- ¿Compensar las emociones de manera responsable permite cuidar con ética durante la práctica de enfermería?
- ¿Estudiar bioética es suficiente para afrontar dilemas éticos?
- ¿Los principios bioéticos se canalizan desde una óptica normativa o humana?

Desarrollo

Aprender bioética representa delimitar condiciones que enriquecen la experiencia intelectual. La profundización en temáticas previamente desconocidas transforma la percepción del cuidado en salud. Desde la perspectiva del estudiante, la asignatura revela que la atención sanitaria trasciende la ejecución de procedimientos técnicos, pues se sustenta en fundamentos normativos, principios morales y responsabilidades legales que orientan cada intervención profesional.

La aproximación inicial a la bioética genera vivencias ambivalentes: surge interés por comprender el valor de la vida

humana, junto con inquietud frente a la magnitud de las decisiones que acompañan la práctica asistencial. Este aprendizaje permite reconocer al paciente como sujeto de derechos, portador de dignidad inherente y participante activo en procesos clínicos que afectan su integridad física, emocional y social.



Desde la experiencia académica, la bioética fortalece el pensamiento crítico, promoviendo el análisis reflexivo ante situaciones complejas. Fomenta la deliberación responsable y exige coherencia entre el conocimiento científico, la sensibilidad humana y el compromiso social. Cada contenido estudiado invita a cuestionar

acciones rutinarias, replantear actitudes naturalizadas y asumir una postura ética consciente frente al sufrimiento humano en sus distintas dimensiones: física, emocional y biológica.

Asimismo, la formación bioética contribuye al desarrollo de una identidad profesional sólida. El rol de enfermería implica la defensa del respeto, la protección de la confidencialidad, el acompañamiento digno y la toma de decisiones prudentes ante dilemas clínicos reales. Comprender estos aspectos genera madurez académica, responsabilidad personal y preparación emocional para escenarios futuros donde el juicio ético será determinante.

En síntesis, la bioética, desde la vivencia estudiantil, constituye un elemento formativo esencial que orienta el ejercicio de la enfermería hacia cuidados reflexivos y fundamentados, humanizando el compromiso con la dignidad de cada persona atendida.

Conclusiones

Insertar contenidos de bioética durante la formación profesional de enfermería constituye canalizar fases de enlaces indispensables para construir canales académicos robustecidos para desarrollar el ejercicio profesional consciente, responsable, humanizado. Por cuanto se amplía la comprensión del cuidado, orientando la toma de decisiones fundamentadas, fortaleciendo el compromiso con la dignidad humana dentro del ámbito sanitario.

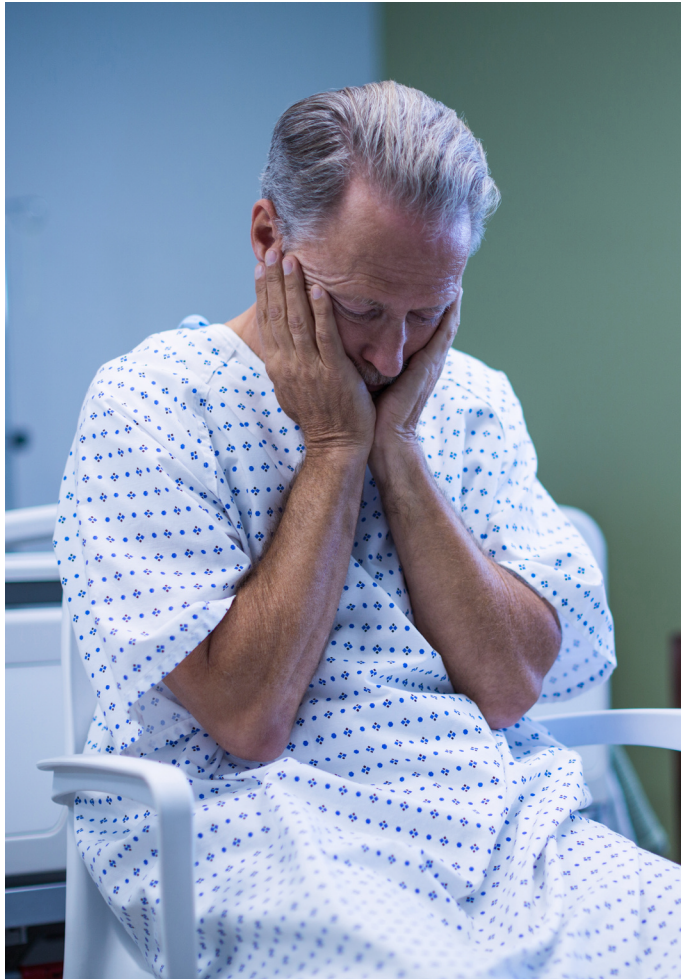
La bioética aporta marcos conceptuales, moldeando actitudes éticas, promoviendo sensibilidad frente a la vulnerabilidad, preparación para enfrentar dilemas complejos presentes en la práctica clínica. Su incorporación en la formación académica favorece el desarrollo de juicio crítico, responsabilidad moral, identidad profesional sólida, elementos esenciales para un desempeño respetuoso, seguro, coherente con los principios que rigen la atención en salud.



CAPÍTULO XXVI

BIOÉTICA COMO EMPATÍA, NO COMO DOGMA

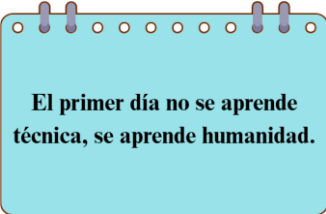
Geoconda Ximena Villarreal Villarroel



Introducción

Primero día de prácticas en un hospital de la ciudad de Quito, en calidad de estudiante de enfermería de mitad de la carrera de enfermería. Muy temprano en la mañana, se inicia: ducha, desayuno, salir abrigado; el frío intenso. Son las 06:00 y, con mucho entusiasmo, vistiendo uniforme impecable; materiales. La asignación es pabellón geriatría, donde el olor del desinfectante se confunde con orina, mezclado de anécdotas olvidadas. Y en la libreta de apuntes, con letra graden, escrito: “bioética: respeta la autonomía del paciente. Siempre”.

En la escena, un anciano de 75 años, con ojos ocultos por los párpados cerrados y cejas pobladas, roncando muy fuerte. Al mínimo ruido se despierta, con mirada fija y expresa: “enfermerita estaba soñando contigo”. Todos los presentes sonrían, pero continúan con las actividades; son muchas y las mañanas son cortas. Sin embargo, la docente, molesta, hace llamado de atención a la estudiante, con términos grotescos, expresando que a los pacientes no se les debe prestar ningún tipo de confianza. Las preguntas resaltan en: ¿Cómo defender la autonomía del paciente ante resistencias profesionales normativas? ¿Salva el humor la confidencialidad en dilemas éticos cotidianos? ¿Evita el principio de no maleficencia sesgos implícitos contra ancianos?



El primer día no se aprende técnica, se aprende humanidad.

Desarrollo

El adulto mayor asilado en el centro geriátrico habita en el área de pensionado; es un hombre para su edad fornido, camina erguido, muy elegante. Indagando un poco sobre su vida, es un profesional de la arquitectura, viudo desde hace

varios años, no tuvo descendencia y, por propia decisión, vive en el asilo pagando con recursos propios la estancia. No pierde la lucidez y el sentido del humor. Al ser un adulto mayor sano, sin comorbilidad ni ingesta farmacológica, rechaza chequeo médico matutino.



Pero antes del desayuno, por norma, los ancianos deben ser monitorizados los signos vitales. Justo en el momento que intentaba medir tensión arterial, grita: "¡Manos, no sigas, juventud!".

Insisto; no es porque esté enfermo, es una forma de prevenir y controlar.

Él responde: "Evito todo lo de los enfermos. Prefiero que se siente a hablar de aventuras pasadas". Relata de joven: fui torero aficionado en ferias quiteñas. Las únicas cornadas recibidas eran de mis falsos amigos. Las risas a unísono retumban en la habitación. Aplicando el derecho a la autonomía, desisto de medir la tensión arterial, sin antes colocar una nota del por qué no se reporta un valor.

Sin embargo, la docente se percata y advierte, expresando: "¡por encima de ese derecho es tu responsabilidad cumplir con lo indicadoooo!". Qué... grito. Con la "Autonomía primando. Entonces generas daño". ¿O estás malentendiendo el principio de no maleficencia pura?

Ofrezco disculpas, pero ya anticipando el puntaje final en la calificación, no será bueno... El adulto mayor accede a ser controlado la tensión arterial. ¡Oh sorpresa! 100/60mmgh. Sin síntomas de hipotensión, se encuentra estable. Casi con

susurro, expresa: ¿quién es esa vieja vestida de blanco?, refiriéndose a la enfermera. Antes de responder, exclama: soy un entendido de la bioética, guárdame por favor mis palabras; cumple con el principio de confidencialidad. Respondiendo que, por justicia, debería contarle. Entonces, por segunda ocasión, risas y ambiente amigable.

Inmediatamente, el adulto mayor increpa: no reportes mis datos, se harán públicos y no he firmado consentimientos para que sean públicos. El desconcierto frente a tanta sabiduría.

Se da paso para debatir autonomía del adulto mayor versus derecho del estudiante. Él interviene: "¡Cállense, ustedes están en pañales!". Risas nerviosas. El turno avanza. Al fin, el almuerzo; se organizan mesas, se supervisan dietas. Manos temblorosas riegan los alimentos. Qué admirable muchos adultos mayores en completo abandono, como se exclama: "¡Cuerpo resiste solo!". Recuerdo casos de ancianos subestimados. De repente escucho susurros; el sabio anciano, sentimental, lloraba mientras replica: "¡He sobrevivido gripes, desamores, ruinas, maltratos, abandonos! ¡Pero me entristece morir aquí solo!".

Y ¿para qué sirven los principios bioéticos ante esas situaciones?, pensando inmediatamente en el docente de cátedra, un bioeticista empedernido, a quien se le hará conocer lo sucedido, esperando sus respuestas de acción. Imagino esas respuestas: "Evalúa capacidad decisoria". "Aplica pruebas mentales".

Pero de repente el adulto mayor recita poemas emotivos, entonces con rapidez escribía en la libreta las frases del poema. Consultado en la web, lo transcribo: el poema de Medardo Ángel Silva, denominado "estancias". "Rosas blancas deshojan los blancos surtidores; al caer, el ocaso los pétalos irisa y la fuente del Término coronado de flores modula un canto igual a una nerviosa risa". Un erudito, tanta sabiduría, de dónde y por qué. Mirando el reloj, 18:00; el crepúsculo de la tarde serena, en el

jardín del asilo, llega la despedida. El adulto mayor, cuya mirada serena guardaba los secretos de una vida plena. Él, con su bastón tallado a mano y su voz ronca como el viento otoñal, encarnaba la esencia de la bioética vivida: no en tratados abstractos, sino en el pulso diario de la dignidad humana.

El contacto fue armónico desde el primer instante; en tan corto tiempo compartimos silencios que hablan más que palabras. El aprendizaje con el adulto mayor fue: “la bioética no es sólo sobre principios —autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia—, sino sobre el arte de acompañar”.



"La vida es un préstamo efímero", expresó, mientras sus manos aún fuertes sostenían las mías. El diálogo fue variado, pero acentuado en dilemas éticos. Sus anécdotas de juventud, salpicadas de pérdidas y renacimientos, iluminaron las dudas académicas; entonces comprendiendo que el aprendizaje puede

responder a algunas interrogantes: ¿cómo equilibrar la tecnología médica con la sabiduría del alma?

El despido llegó como un susurro inevitable; recitó un poema improvisado sobre el ciclo de la vida. "No llores mi partida, hija; es solo un paso al silencio eterno". Le prometí llevar su legado: bioética como empatía, no como dogma. El adulto mayor me legó la lección suprema: el verdadero contacto armónico trasciende la carne; perdura en el eco de la sabiduría compartida. Su despedido no fue fin, sino semilla para futuras éticas vivas.

Conclusiones

El contacto con el adulto mayor en el geriátrico redefinió la comprensión de la bioética como práctica viva. Entendiendo que la inteligencia de un adulto mayor no reside solo en el intelecto agudo —sus análisis profundos de dilemas éticos médicos me asombraron—, sino en la sabiduría acumulada que integra emociones, historia y empatía.



CAPÍTULO XXVII

LAZO DE VIDA EN TIERRA EXTRAÑA

Miller Adrian Zambrano Alcivar



Introducción

La formación académica en el área sanitaria, en los contextos experienciales, se marcan de situaciones que se impregnan en el alma, en la vida misma. Los resultados de las acciones se escriben en las historias clínicas, pero en la mente se graban para siempre.

Durante las prácticas, las situaciones vividas irrumpen en lo rutinario; lo inesperado

Manos desconocidas dieron origen a un lazo vital.

revela la dimensión humana que sostiene el cuidado de enfermería. El nivel de comprensión permite diferenciar que el cuidado es el elemento principal, aplicando técnicas específicas relacionadas al nivel de complejidad y también con expresiones silenciosas a modo de halo refrescante que engrandece dignidad, acompaña, se conduce y asiste siempre en periodos críticos. Por ello, fluyen las siguientes interrogantes:

- ¿Qué sucede cuando un paciente en profunda vulnerabilidad deposita su confianza en un estudiante cuyo único recurso es su humanidad?
- ¿Cómo delimitar la empatía para que no sobrepase los márgenes profesionales, sin despojarse de su esencia?
- ¿De qué manera los principios éticos se entrelazan en decisiones que, aunque parecen sencillas, llevan consigo un peso moral considerable?

Desarrollo

En la rotación hospitalaria de una cátedra de atención del cuidado directo, el encuentro con un paciente extranjero, postrado, haciendo frente a la enfermedad grave. Un hombre adulto joven, con características físicas marcadas por el dolor, migrante, sin familia, con escasez de lo mínimo para

subsistir, expresaba repetidamente: “joven ayúdeme, no tengo a nadie en este país”.



Entonces, la relación del estudiante con el paciente se enlaza más cuando se comprendió que el cuidado caritativo y empático también incluye: escucha activa, diálogo, atención también a la necesidad emocional.

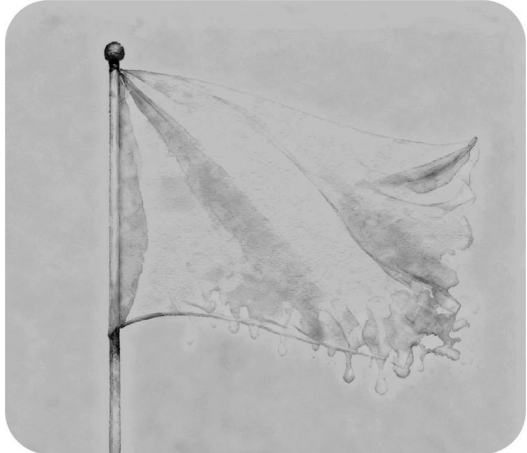
Entonces, sin mediar consecuencias, el primer acto de acercamiento fue ofrecer el teléfono para que se contacte con sus familiares a su país de origen, elemento cargado de bondad que unió dos personas separadas por la distancia.

En el tiempo de la práctica, fue sorprendente la recuperación del paciente. El alta fue programada para 4 días. No coincidía con el tiempo de finalización de prácticas. Pero el momento de la despedida fue triste. En una noche descansando, el timbre del teléfono irrumpe los pensamientos y ¡oh sorpresa!: “Mi paciente”. La emoción inunda; luego de un saludo efusivo, la solicitud del paciente es de ayuda para retirar dinero de una agencia bancaria, enviado por sus familiares para compra de lo elemental. La gratitud porque el dinero es enviado a nombre del estudiante de enfermería, que con agrado accede y cumple con el requerimiento.

La única persona a quien recurrir no le falló; actuó con honestidad, generosidad y mucha responsabilidad, aunque ese día suspendió un examen y la asistencia a sus clases teóricas.

Fue necesario elegir entre preservar la esencia del cuidado, límites personales, protección de emociones, generar el vínculo relacional entre estudiante-paciente, excediendo la relación clínica, omitiendo la prudencia profesional, o acompañar a ese hombre en una situación de vulnerabilidad evidente. La ética, entonces, dejó de ser un contenido académico para convertirse en una brújula interior.

Según el principio de “beneficencia” — analizado en la cátedra de bioética— permitió comprender y procurar el bienestar del paciente, mitigando la soledad. Desde el principio de “no maleficencia”, la reflexión sobre el daño que podría causar el abandono en un momento tan delicado.



Del mismo modo, la “autonomía” se manifiesta al reconocer la solicitud libre y consciente del paciente, quien expresaba de manera clara lo que necesitaba. Finalmente, la “justicia” exigía trato digno y equitativo, sin discriminación por la condición migratoria o económica. Con el dinero recibido, llegaron los insumos; llegando al hospital, y en el encuentro, los sentimientos fluyen en gruesas lágrimas rodando por las mejillas, en son de agradecimiento.

Un mes más tarde llegó un mensaje desde un número desconocido; era el mismo hombre, escribiendo desde su país de origen para agradecer y contar que ya estaba reunido con su familia. Esa breve comunicación cerraba un proceso que había

comenzado con un acto simple y terminó convirtiéndose en una experiencia ética profundamente significativa. La vivencia dio respuesta a las preguntas planteadas: mostró que la confianza de un paciente exige discernimiento y sensibilidad profesional; reveló que la empatía puede expandirse sin perder el equilibrio cuando los principios éticos funcionan como guía; y demostró que decisiones aparentemente pequeñas pueden sostener un enorme valor moral.

Conclusión

La experiencia dejó impregnada la gratitud, elemento que trascendió los procedimientos técnicos; se demuestra que la enfermería, aparte de ser ciencia, es virtud compasiva hacia quienes viven momentos de fragilidad. Cada decisión, por sencilla que sea, puede transformar la vida cuando se actúa con ética, sensibilidad y justicia. Así, reafirma la vocación, ahora consciente de que cuidar implica atender el cuerpo, pero también la historia, la soledad y la esperanza de quienes depositan su confianza en el profesional de salud.

BIOGRAFÍA DE AUTORES

MGTR. FERNANDO JAVIER SÁNCHEZ ROSS

Universidad INDOAMERICA
fernandosanchezr@uti.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0001-7956-5949>
Quito, Pichincha, Ecuador



Fernando Javier Sánchez Ross es un destacado profesional de la salud nacido en Quito el 27 de enero de 1994. Su trayectoria de más de 10 años, se caracteriza por una sólida dualidad entre la práctica clínica asistencial en hospitales de renombre nacional y el liderazgo en la gestión de servicios de enfermería, donde ha desempeñado cargos directivos con un enfoque en la calidad del cuidado.

En el ámbito académico y de formación, ha consolidado competencias transversales en áreas críticas como la ética profesional, la salud mental y el área quirúrgica. Su labor como docente y formador se distingue por la integración de la empatía humana con el rigor científico, facilitando el desarrollo de habilidades técnicas y humanas en las nuevas generaciones de profesionales.

Su formación académica de cuarto nivel incluye el título de Licenciado en Enfermería y una Maestría en Enfermería con mención en Docencia, Investigación y Gerencia de Servicios. Actualmente, proyecta su perfil hacia la especialización avanzada y el doctorado (PhD), reafirmando su compromiso con la excelencia y la actualización continua.

Como investigador y gestor, ha destacado en la implementación de proyectos CAPSCON, priorizando siempre la mejora de la calidad y la seguridad del paciente hospitalizado. En la actualidad, centra su actividad científica en el estudio de las causas de la falta de adherencia farmacológica en pacientes con enfermedades mentales, abordando esta problemática desde una perspectiva ética y humanista de la enfermería.

BIOGRAFÍA DE AUTORES

MSC. PAULO CÉSAR BALSECA COBOS

Universidad INDOAMERICA

cesarbalseca@uti.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0003-8906-5555>

Quito, Pichincha, Ecuador



Paulo César Balseca Cobos es profesional en salud, nacido el 10 de agosto de 1984 en Quito. Cuenta con una trayectoria de 18 años en el sistema de salud ecuatoriano, habiendo desempeñado funciones en hospitales de alto prestigio a nivel nacional, donde ha liderado la gestión del cuidado en áreas críticas y servicios de especialidad. Desde las distintas dimensiones del ejercicio de la enfermería, ha desarrollado una profunda vocación por la docencia universitaria, fundamentada en la convicción de que la enseñanza es el motor para transformar el sistema sanitario del país.

Posee una sólida y polifacética formación académica: es Licenciado en Enfermería, Magíster en Administración de Empresas con mención en Gestión de Servicios de Salud, Magíster en Salud Pública con mención en Enfermería Familiar y Comunitaria, y Magíster en Enfermería con mención en Cuidados Críticos. Actualmente, se encuentra cursando sus estudios doctorales como candidato a PhD en Ciencias de la Enfermería en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

A lo largo de su carrera, ha destacado por su equilibrio entre la práctica clínica directa y la gestión administrativa. En el ámbito de la producción científica, es autor de diversos artículos indexados en revistas internacionales como LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades y la Revista Científica Internacional ARANDU UTIC, enfocando sus investigaciones en la calidad de vida del adulto mayor y el impacto de la teleenfermería en enfermedades crónicas.

En la actualidad, se desempeña como Docente y Coordinador de la Carrera de Enfermería en la Universidad Indoamérica, además de colaborar como especialista en la formulación de reactivos para el CACES, aportando activamente al fortalecimiento de los estándares de formación académica en el Ecuador.

BIOGRAFÍA DE AUTORES

LCDA. LIZETH PACARI SALAZAR SANTACRUZ

Universidad INDOAMERICA
lizethsalazar@uti.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0004-0064-2780>
Quito, Pichincha, Ecuador



Lizeth Pacari Salazar Santacruz es una profesional de la salud, nacida el 21 de marzo de 1998 en la ciudad de Otavalo, provincia de Imbabura. Cuenta con una destacada trayectoria de más de cuatro años en el sistema de salud ecuatoriano, en la cual ha desempeñado funciones tanto en el ámbito hospitalario como comunitario, fortaleciendo su experiencia en la atención integral del paciente.

Desde el ejercicio de la enfermería, ha desarrollado una sólida vocación por la docencia de nivel superior, consolidando su experiencia no solo en el ámbito académico, sino también desde una perspectiva práctica y humanística, basada en la cercanía con el paciente y la comprensión de sus necesidades.

Posee conocimientos avanzados en el área de enfermería, con especial énfasis en la calidad de la atención y el reconocimiento del componente emocional como parte fundamental del cuidado integral, lo que le permite brindar una atención más empática, ética y centrada en la persona.

Actualmente, se encuentra cursando estudios de cuarto nivel, con una maestría en enfermería enfocada en la investigación y la docencia, fortaleciendo sus competencias académicas y científicas. En la actualidad, se desempeña como docente y técnico docente en la carrera de Enfermería de la Universidad Indoamérica, donde contribuye activamente al fortalecimiento de los procesos de calidad institucional y a la formación de futuros profesionales de la salud.

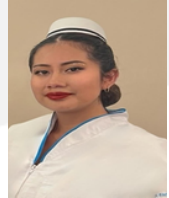
BIOGRAFÍA DE AUTORES

LCDA. JESSICA SOFIA TOAPANTA CÓNDOR

lizethsalazar@uti.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0004-0064-2780>

Quito, Pichincha, Ecuador



Jessica Sofia Toapanta Córdor, nacida el 05 de septiembre de 1997 en Quito, Ecuador, es Licenciada en Enfermería, por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, ha orientado su ejercicio profesional hacia el cuidado integral del paciente, sustentado en principios éticos, científicos y humanísticos que caracterizan su práctica clínica.

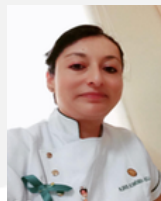
Cuenta con experiencia en áreas como cuidados paliativos, geriatría y salud mental, destacándose en la atención de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, así como en el manejo del dolor y control de síntomas. Su ejercicio profesional se caracteriza por una atención centrada en la persona, orientada a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Ha participado en la formación de estudiantes de enfermería como docente de prácticas, integrando el conocimiento teórico con la experiencia clínica. Su formación se complementa con un Diplomado en Enfermería para el Cuidado de Pacientes Críticos y diversos cursos de actualización avalados por organismos internacionales.

Actualmente cursa una Maestría en Gerencia en Salud, proyectando su desarrollo hacia el fortalecimiento de la gestión de los servicios de salud, la optimización de los procesos asistenciales y la mejora continua de la calidad en la atención. Su visión profesional se sustenta en la consolidación de una enfermería basada en la evidencia, con enfoque humanista, responsabilidad social y compromiso con el bienestar de la población.

BIOGRAFÍA DE AUTORES

MGTR. VERÓNICA ALEXANDRA AYALA MUÑOZ
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
vaayala@puce.edu.ec
Quito, Pichincha, Ecuador



Verónica Alexandra Ayala Muñoz, nacida el 01 de junio de 1981 en Quito, Ecuador, es Licenciada en Enfermería, Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local, Especialista en Docencia Universitaria, Especialista en Gerencia y Planificación Estratégica en Salud, Diploma Superior en Desarrollo Local y Salud, Diplomada en Enfermería Crítica & Cuidados Intensivos y Diplomada en Ventilación Mecánica y soporte ventilatorio en UCI.

Posee 21 años de experiencia en el ámbito asistencial del cuidado al paciente crítico, desarrollando su labor en instituciones de alta complejidad como el Hospital Enrique Garcés, Hospital Solca, Núcleo de Quito y el Hospital General San Francisco, donde ha fortalecido competencias gestión de cuidado del paciente crítico y liderazgo.

Cuenta con 8 años de experiencia como docente en la carrera de enfermería, pregrado en la Universidad de las Américas, docente de la Maestría en Gestión del Cuidado con mención en cuidados críticos y emergencia de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, docente de auxiliares de enfermería y geriatría del Instituto Forum, contribuyendo así a la formación de futuros profesionales de enfermería y magísteres, integrando la teoría y la práctica crítica con la enseñanza basada en evidencia.

Su perfil profesional se caracteriza por la empatía, el compromiso ético, la vocación de servicio, involucrándose siempre en la creación de protocolos, manuales, libro virtual y capacitaciones, así como una sólida capacidad de liderazgo en las instituciones donde ha laborado, cualidades le han permitido destacarse en el cuidado directo del paciente crítico y en la formación académica de futuros profesionales de enfermería y magísteres en Gestión del Cuidado.

BIOGRAFÍA DE AUTORES

EST. ANTHONY ISRAEL CHALUISA SUQUILLO

UNIVERSIDAD INDOAMÉRICA

achaluisa@indoamerica.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0001-7956-5949>

Quito, Pichincha, Ecuador



Anthony Israel Chaluisa es un estudiante, nacido el 21 de noviembre de 2004 en Quito, Desde el inicio de su formación universitaria ha demostrado compromiso con su desarrollo académico y humano, participando activamente en actividades prácticas y teóricas que fortalecen su vocación por el cuidado. Durante su proceso formativo ha comprendido la importancia de la empatía, la responsabilidad y el trabajo en equipo para el ejercicio profesional en enfermería.

Cuenta con una formación académica en proceso, caracterizada por el aprendizaje constante en áreas como enfermería clínica, comunitaria y hospitalaria, integrando conocimientos científicos con valores éticos y humanísticos. Se destaca por su dedicación en las prácticas preprofesionales y por su interés en la investigación y la reflexión sobre el cuidado.

A lo largo de su trayectoria universitaria, asumió junto a cinco compañeros y bajo la guía de un licenciado la responsabilidad de crear un libro de crónicas y anécdotas del cuidado, proyecto que representó un desafío académico y humano. Esta experiencia permitió plasmar vivencias significativas del entorno clínico, resaltando la importancia del cuidado integral, la sensibilidad y el compromiso social.

BIOGRAFÍA DE AUTORES

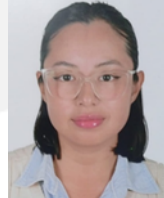
EST. NICHOLE VALERY CHIN BUÑAY

UNIVERSIDAD INDOAMERICA

nchin@indoamerica.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0004-1801-8863>

Quito, Pichincha, Ecuador



Nichole Valery Chin es una estudiante universitaria, nacida el 07 de septiembre de 1999 en Quito, que actualmente se encuentra en el quinto semestre de la carrera de Enfermería. Se ha distinguido por su responsabilidad académica y por su marcada vocación de servicio, demostrando interés constante en el aprendizaje y en el fortalecimiento de sus competencias dentro del ámbito del cuidado. Su formación se ha caracterizado por una actitud participativa, crítica y comprometida con los valores propios de la profesión.

En el transcurso de su preparación profesional ha consolidado conocimientos en áreas fundamentales de la enfermería, integrando la teoría con la práctica en distintos escenarios clínicos y comunitarios. Destaca por su sensibilidad frente a las necesidades del paciente, su capacidad de adaptación y su disposición para trabajar de manera colaborativa, cualidades esenciales para el desempeño ético y humano en el campo de la salud.

Como parte de su crecimiento académico, formó parte de un equipo integrado por cinco estudiantes y un licenciado, con quienes asumió el desafío de elaborar un libro de crónicas y anécdotas del cuidado. Este proyecto representó una experiencia enriquecedora que permitió recopilar vivencias significativas del entorno asistencial, promoviendo la reflexión sobre el verdadero sentido del cuidado. Su participación evidenció iniciativa, compromiso y una visión humanista orientada a aportar positivamente a la comunidad universitaria.

BIOGRAFÍA DE AUTORES

EST. JESSICA ANABEL GAVILANEZ DEFAZ

UNIVERSIDAD INDOAMÉRICA

jgavilanez11@indoamerica.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0000-1600-6528>

Quito, Pichincha, Ecuador



Jessica Anable Gavilanez Defaz es técnica en enfermería, nacida el 03 de junio del 2000 en Quito, ha tenido la oportunidad de desempeñar su formación orientada al cuidado integral de la salud y al fortalecimiento de los servicios asistenciales. Actualmente se encuentra cursando la carrera de Enfermería en la Universidad Indoamérica, con el propósito de obtener su título profesional y ampliar sus competencias. Su preparación académica le ha permitido desarrollar competencias en atención primaria, apoyo clínico y procedimientos básicos de enfermería, destacándose por su responsabilidad y vocación de servicio.

A lo largo de su trayectoria profesional, ha participado en voluntariado y trabajo institucional en Biodimed, desempeñándose tanto en el área de laboratorio como en el departamento de enfermería. En estas funciones adquirió experiencia en toma y manejo de muestras, apoyo en procedimientos clínicos y atención directa a pacientes, fortaleciendo sus habilidades técnicas y su capacidad de trabajo en equipo.

Asimismo, formó parte del Instituto Geográfico Militar en el área de Calidad y Control, donde contribuyó en procesos orientados al cumplimiento de estándares, organización y verificación de procedimientos internos. Esta experiencia le permitió ampliar su visión profesional, incorporando criterios de control y mejora continua en su desempeño laboral.

Se caracteriza por su compromiso, ética profesional y sensibilidad social, valores que orientan su ejercicio diario. Su propósito es aportar al bienestar de la comunidad mediante una atención responsable, humanizada y de calidad, consolidándose como una profesional dedicada al servicio y al fortalecimiento del sistema de salud.

BIOGRAFÍA DE AUTORES

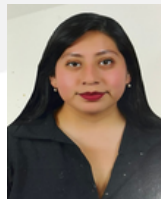
EST. MARYURI TATIANA GUALOTO PUGA

UNIVERSIDAD INDOAMÉRICA

mgualoto2@indoamerica.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0000-9780-9428>

Quito, Pichincha, Ecuador



Maryuri Tatiana Gualoto Puga nació el 11 de marzo de 1999 en Quito, provincia de Pichincha, Ecuador. Es profesional del área de la salud con formación como Técnica en Enfermería, lo que le ha permitido consolidar bases sólidas en el cuidado integral del paciente y desarrollar competencias prácticas desde etapas tempranas de su trayectoria profesional.

Actualmente se encuentra vinculada a la Universidad Tecnológica Indoamérica, donde fortalece su formación académica en el campo de la enfermería con enfoque científico, humanístico y ético.

A lo largo de su proceso formativo ha demostrado especial interés por la calidad del cuidado, la seguridad del paciente y la aplicación del proceso de atención de enfermería como herramienta fundamental en la práctica clínica. Su perspectiva profesional integra el pensamiento crítico, la sensibilidad humana y el compromiso social como pilares del ejercicio enfermero.

Proyecta su desarrollo profesional hacia el fortalecimiento de la investigación en salud y la gestión del cuidado, con el propósito de contribuir a la mejora continua de los servicios sanitarios y a la consolidación de la enfermería como disciplina científica y humanizada.

BIOGRAFÍA DE AUTORES

EST. AISHA SARAHÍ ANZULEZ SARANGO

UNIVERSIDAD INDOAMÉRICA

saraanzules65@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-7804-0585>

Quito, Pichincha, Ecuador



Aisha Sarahi Anzulez Sarango es una joven promesa del área de la salud en el Ecuador. Nacida el 18 de noviembre de 2003 en Manabí, desde temprana edad demostró una profunda vocación de servicio, sensibilidad humana y un firme compromiso con el bienestar integral de las personas.

Actualmente es estudiante de la Licenciatura en Enfermería, destacándose por su excelencia académica, liderazgo natural y espíritu investigativo. Su mayor inclinación profesional se orienta hacia la enfermería psiquiátrica, campo en el que proyecta desarrollar aportes significativos para el fortalecimiento de la salud mental en el país. Su interés por comprender la complejidad del ser humano desde una perspectiva biopsicosocial la ha impulsado a profundizar en el estudio científico, ético y humanístico del cuidado.

Apasionada por la investigación, Aisha visualiza la producción científica como un pilar fundamental para el avance de la profesión de enfermería en el Ecuador. Aspira a convertirse en una referente académica y científica, con publicaciones que contribuyan a la construcción de bases sólidas para el ejercicio profesional, la actualización permanente y el posicionamiento de la enfermería como disciplina autónoma y estratégica dentro del sistema de salud.

Aisha Sarahi Anzulez Sarango se caracteriza por su empatía, responsabilidad, pensamiento crítico y compromiso ético. Su determinación por dejar huella en la profesión, su amor por el conocimiento y su convicción de que la enfermería es ciencia, arte y vocación, la perfilan como una futura líder académica, investigadora y gestora en salud, llamada a contribuir significativamente al desarrollo y prestigio de la enfermería ecuatoriana.

BIOGRAFÍA DE AUTORES

EST. MARILYN JESSENIA PAREDES NUÑEZ

UNIVERSIDAD INDOAMÉRICA

mparedes40@indoamerica.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0002-4691-7378>

Quito, Pichincha, Ecuador



Marilyn Jessenia Paredes Nuñez es estudiante de la carrera de Enfermería en la Universidad Indoamérica en la sede de la ciudad de Quito, nacida el 16 de junio de 1997 en Huambalo - Pelileo - Tungurahua.

En el transcurso de su vida estudiantil ha obtenido varios certificados entre ellos, certificado de Rescate y transporte de heridos por la Universidad metropolitana de Quito en la ciudad de Puyo, un segundo en capacitación de hospitales como un referente para la atención de emergencias y desastres en la ciudad de Puyo por el Hospital Básico Puyo IESS, y un tercero de auxiliar de enfermería en la Universidad Técnica de Ambato. Cada logro representa dedicación, aprendizaje constante, vocación de servicio.

Actualmente, se encuentra cursando el sexto semestre de carrera con un mundo lleno de aspiraciones a futuro y ser una buena profesional de salud. Tiene sueños claros, metas firmes y deseo profundo de brindar cuidado humano, seguro y responsable con una convicción de crecer como profesional de salud. Entrega total hacia los pacientes, respeto por la vida, pasión por la enfermería.





**Universidad
Indoamérica**

La gestión del cuidado genera experiencias individuales, que se guardan en lo recóndito de la memoria. Durante la formación académica, los encuentros interpersonales son reales con mezcla de emociones: dolor, alegría, enojo, conflictos, dilemas. Por ello, desde la cátedra de Bioética cada estudiante es motivado a narrar historias que hayan impactado de forma directa. En cada relato se describen historias de vida. Se asocian a principios bioéticos como la beneficencia, la justicia, la autonomía y la no maleficencia. También dilemas éticos, principio de doble efecto. Que en muchos casos narrados es evidente que se incumplen. Es inexorable la impotencia del estudiante de enfermería con limitada participación en el sistema sanitario para opinar de la importancia de cumplir con un trato digno, igualitario, respetuoso y cálido. Las narrativas son la radiografía de experiencias compartidas para que los lectores realicen conclusiones acertadas, además de tipo reflexivas, que la "enfermería va más allá del cuidado". El estudiante se enfrenta a momentos difíciles: Conocer de cerca casos de cáncer detectado tarde, ver cómo se descuida a personas con problemas de salud mental, observar el trato frío que a veces reciben los ancianos, atender a pacientes que no dejaron instrucciones sobre cómo quieren vivir sus últimos días o acompañar decisiones complicadas en un parto. Estas vivencias le ayudan a entender mejor el sufrimiento humano y la importancia de ponerse en el lugar del otro.

MENTOR PHD. HUMBERTO ELIZALDE ORDOÑEZ



ISBN: 978-9942-7490-9-3



9 789942 749093