

El residente frente a la finitud y el proceso de toma de decisiones terapéuticas: estudio cualitativo

O residente diante da finitude e o processo da tomada de decisão terapêutica: estudo qualitativo

Residents facing finitude and the therapeutic decision-making process: a qualitative study

Fábio Gonçalves Ferreira¹; Cristiane Maria Amorim Costa¹; Bruna Dutra da Costa¹;
Liana Amorim Corrêa Trotte¹; Alexandre da Silva Costa¹

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil; ²Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil

RESUMEN

Objetivo: analizar, a partir del discurso de residentes multidisciplinares, el proceso de toma de decisiones terapéuticas con pacientes al final de la vida en la práctica clínica, utilizando como recurso bioético la teoría de los principios de Beauchamp y Childress. **Método:** estudio cualitativo, con una muestra de 25 residentes de tres hospitales, utilizando la técnica de bola de nieve. La recolección de datos se realizó de forma presencial y virtual de julio a octubre de 2022. Los datos se procesaron mediante análisis de contenido temático-categorico. Se respetaron los principios éticos. **Resultados:** surgieron tres categorías: el proceso de toma de decisiones con pacientes al final de la vida; las bases bioéticas utilizadas para orientar la toma de decisiones; y el mundo ideal y el mundo real del proceso de toma de decisiones. **Consideraciones finales:** los principios bioéticos de Beauchamp y Childress, cuando se utilizan, ayudan a orientar la toma de decisiones terapéuticas al final de la vida.

Descriptores: Bioética; Grupo de Atención al Paciente; Cuidados Paliativos; Toma de Decisiones Clínicas.

Descriptores: Bioética; Grupo de Atención al Paciente; Cuidados Paliativos; Toma de Decisiones Clínicas.

RESUMO

Objetivo: analisar, a partir do discurso do residente multidisciplinar, o processo de tomada de decisão terapêutica junto a pacientes em fim de vida em seu cenário de prática, trazendo como recurso bioético de análise a teoria por princípios de Beauchamp e Childress. **Método:** estudo qualitativo, com amostra composta por 25 residentes de três hospitais, utilizando a técnica *snow ball*. A coleta dos dados ocorreu de forma presencial e virtual no período de julho a outubro de 2022. Os dados foram tratados utilizando a análise de conteúdo temático-categorial. Os princípios éticos foram respeitados. **Resultados:** emergiram três categorias: o processo de tomada de decisão com pacientes em fim de vida; bases bioéticas utilizadas para nortear a tomada de decisão e; o mundo ideal e o mundo real do processo de tomada de decisão. **Considerações finais:** os princípios bioéticos de Beauchamp e Childress, quando utilizados, contribuem como norteador para a tomada de decisão terapêutica em fim de vida.

Descritores: Bioética; Equipe Interdisciplinar de Saúde; Cuidados Paliativos; Tomada de Decisão Clínica.

ABSTRACT

Objective: based on multi-disciplinary residents' testimonies, to analyze the therapeutic decision-making process for end-of-life patients in their practice setting, with Beauchamp and Childress' theory of principles as bioethical resource for the analysis. **Method:** a qualitative study with a sample comprised by 25 residents from three hospitals, using the "snowball" technique. Data collection was conducted in-person and online from July to October 2022. The data were processed using thematic-categorical content analysis. All ethical principles were respected. **Results:** three categories emerged: The decision-making process for end-of-life patients; Bioethical grounds used to guide decision-making; and the ideal and real worlds in the decision-making process. **Final considerations:** when used, Beauchamp and Childress' bioethical principles contribute as a guiding beacon for end-of-life therapeutic decision-making.

Descriptors: Bioethics; Patient Care Team; Palliative Care; Clinical Decision-Making.

INTRODUCCIÓN

La transición epidemiológica de las últimas décadas, que se dio gracias a los avances tecnológicos en los métodos de diagnóstico que, a su vez, repercutieron en el avance del tratamiento de las enfermedades y el acceso a los servicios de salud, así como la transición demográfica experimentada por diversos fenómenos sociales, como la reducción de la tasa de natalidad y el aumento de la longevidad, influyeron en el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y en la demanda de atención en salud que involucra la toma de decisiones multidisciplinaria y compartida entre el equipo, la familia y el paciente¹.

Artículo derivado de la Disertación de Maestría "Decisiones terapéuticas con pacientes al final de la vida: el punto de vista del residente", presentada en el Programa de Postgrado en Bioética, Ética Aplicada y Salud Colectiva de la Universidad Estadual do Rio de Janeiro, en colaboración con la Universidad Federal do Rio de Janeiro, la Fundación Oswaldo Cruz y la Universidad Federal Fluminense (2023).

Autor de correspondencia: Fábio Gonçalves Ferreira. Correo electrónico: fabioferreira@hucff.ufrj.br

Editora científica: Thelma Spíndola; Editora asociada: Renata Flavia Abreu da Silva

Las enfermedades crónicas no transmisibles presentan en la actualidad la mayor incidencia de morbilidad y mortalidad, y constituyen un importante problema de salud pública que debe ser abordado a través de políticas para la promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud, así como de un seguimiento de calidad de las personas que atraviesan largos procesos de enfermedad y cronicidad hasta su desenlace final².

Todas estas cuestiones indican que el escenario epidemiológico enfrenta importantes desafíos en la asistencia sanitaria, que es necesario estructurar y adaptar el sistema sanitario para satisfacer la demanda emergente, personalizar y adaptar la atención centrada en las necesidades reales de las personas, además de formar y actualizar a los profesionales que ya trabajan en los servicios.

Por consiguiente, es necesario cambiar el paradigma hospitalocéntrico y curativo de la organización en salud, por una atención compasiva y que brinde confort, centrada en el paciente, dado que en muchos casos la curación o el control de la enfermedad ya no es posible³.

Los cuidados paliativos se presentan como una vía para el cambio de paradigma, ya que preservan el respeto a la autonomía del paciente, el control adecuado de sus síntomas, la búsqueda de calidad de vida sin prolongar la muerte y permiten adoptar estrategias que aumenten la eficiencia para mejorar la experiencia de los pacientes y sus familias para afrontar el proceso de enfermedad hasta el desenlace final⁴.

Sin embargo, a pesar de que hay cuidados paliativos que se pueden implementar de forma temprana, a partir del diagnóstico, ya experimentados y consolidados en otros países, en Brasil el alcance de ese tipo de atención es incipiente, y el abordaje de esos pacientes y sus familias ha sido lento y heterogéneo en todo el país⁵.

Los estudios demuestran lo importante que es en los cuidados paliativos adoptar un enfoque integrado, multidisciplinario y centrado en el individuo, y destacan que es fundamental promover la toma de decisiones compartida para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, reducir el sufrimiento y optimizar el uso de los recursos del sistema sanitario⁵⁻⁹. Además, es necesario que se lleven a cabo estudios que faciliten la formación de los futuros profesionales que participarán en el proceso de implementación de los cuidados paliativos con los pacientes y sus familias⁶.

Por lo tanto, la formación profesional, desde las carreras de grado y posteriormente en la residencia, juega un papel crucial, ya que es durante este período que los futuros especialistas desarrollan habilidades y actitudes esenciales para la práctica clínica.

Incluir enseñanzas sobre cuidados paliativos y toma de decisiones compartida en el equipo multidisciplinario que trabajará con el paciente y sus familiares puede contribuir al desarrollo de la capacidad técnica de los residentes y promover un abordaje acorde a las necesidades y preferencias de los pacientes¹⁰. Por ende, la investigación de estas prácticas desde la perspectiva de los residentes es vital para promover una práctica clínica que respete la autonomía del paciente y mejore los resultados generales de la atención.

Por consiguiente, el objetivo de este estudio fue analizar, a partir del discurso de residentes multidisciplinarios, el proceso de toma de decisiones terapéuticas con pacientes al final de la vida en el ámbito de la práctica, utilizando como recurso bioético la teoría de los principios de Beauchamp y Childress¹¹.

MARCO TEÓRICO

La teoría de los principios de Beauchamp y Childress, propuesta a finales de la década de 1970, proporciona un marco bioético ampliamente utilizado en la práctica médica y la investigación en salud. Este enfoque se basa en cuatro principios fundamentales que guían la toma de decisiones éticas y la práctica clínica: respeto a la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Cada principio desempeña un papel crucial en la protección de los derechos de los pacientes y la promoción de prácticas justas y equitativas en salud¹¹.

El principio de autonomía destaca la importancia de respetar la capacidad de los pacientes para tomar decisiones informadas sobre su propio tratamiento. Esto implica garantizar que los pacientes tengan acceso a toda la información necesaria y puedan comprender las opciones disponibles. La autonomía destaca que es necesario el consentimiento informado y que es importante respetar las decisiones personales de los pacientes, incluso si estas no coinciden con las recomendaciones médicas¹¹.

La beneficencia, por otro lado, se centra en la obligación moral de promover el bienestar de los pacientes y maximizar los beneficios del tratamiento. Este principio exige que los profesionales de la salud actúen de forma que promuevan la salud y la calidad de vida de los pacientes, considerando sus necesidades y preferencias individuales. La beneficencia está directamente relacionada con el compromiso con la eficacia y la seguridad de las intervenciones médicas¹².

El principio de no maleficencia complementa el de beneficencia al exigirles a los profesionales que eviten causarles daño a los pacientes. Este principio guía la práctica clínica para prevenir y minimizar los riesgos asociados al

tratamiento. Además, destaca que es importante evaluar los posibles efectos adversos de las intervenciones y asegurar que los beneficios superen los riesgos^{11,12}.

Por último, el principio de justicia aborda la distribución equitativa de los recursos y la necesidad de tratar a todos los pacientes de forma imparcial y equitativa. Este principio exige que los profesionales de la salud y los sistemas de salud garanticen una asignación justa de los recursos y que todos los pacientes tengan el mismo acceso al tratamiento y la atención necesarios. La justicia también implica considerar las desigualdades sociales y económicas que pueden afectar la equidad en el acceso a la atención médica¹¹.

Estos cuatro principios no son jerárquicos, ya que se consideran *prima facie* y, por lo tanto, interactúan entre sí, lo que requiere una evaluación cuidadosa y equilibrada en las decisiones éticas y prácticas en salud. De esta manera, la teoría de los principios de Beauchamp y Childress proporciona una base sólida para el análisis ético y para la implementación de prácticas que respeten los derechos de los pacientes y promuevan una atención justa y eficaz¹¹.

MÉTODO

Estudio descriptivo con enfoque cualitativo, que sigue las recomendaciones de calidad y transparencia de la Investigación en Salud *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups (COREQ)*¹³.

Los participantes fueron seleccionados mediante la técnica de bola de nieve. Se eligió esta técnica porque la población es específica, no se sabía previamente el tamaño de la misma y se buscaba generalizar los datos de diferentes programas de residencia, por lo que esta técnica es una de las alternativas adecuadas para este tipo de especificidades¹⁴.

La muestra estuvo compuesta por profesionales que participaron en programas de residencia multidisciplinarios en tres hospitales del estado de Río de Janeiro. Los criterios de elegibilidad fueron: residentes del programa multidisciplinario y de la residencia médica, a partir del segundo año de la misma, que incluyeran unidades de hospitalización no intensiva con atención a pacientes al final de la vida.

El grupo se inició mediante el contacto semilla, es decir, se consideraron las primeras personas seleccionadas para la investigación y, en este caso, fueron los residentes de segundo año presentes en el ambiente de trabajo del investigador principal, posteriormente, se podía seleccionar residentes de segundo año de cualquier otra residencia multidisciplinaria o médica de Brasil. El participante inicial seleccionado aceptó participar en la investigación e indicó al segundo participante. A partir de entonces, todos los participantes fueron indicados por sus predecesores, y el primer contacto para participar lo realizó el entrevistado anterior, quien, contando con su autorización, compartió el contacto de la persona indicada con el investigador responsable. En base a las indicaciones se invitó a 25 residentes a participar en el estudio, ninguno se negó a participar ni abandonó el estudio.

Antes de iniciar la entrevista con los participantes del estudio, se realizó una prueba piloto para verificar que el guion no indujera la respuesta del participante y cumpliera con el objetivo del estudio. Luego de realizar los ajustes necesarios, el guion constó de tres partes: caracterización de los participantes; experiencia profesional previa; y énfasis en los cuidados al final de la vida, las decisiones terapéuticas tomadas por el equipo multidisciplinario y los matices éticos y bioéticos involucrados.

Se realizaron las siguientes preguntas a través del guion de la entrevista: ¿Cómo se abordaron los temas de la muerte y el morir durante sus estudios de grado? ¿Cómo se abordó el tema de los cuidados al final de la vida? ¿En qué asignaturas? Con sus propias palabras, defina el proceso de toma de decisiones con los pacientes que reciben cuidados al final de la vida. Durante su residencia, ¿recibió contenido teórico sobre bioética y final de la vida? Durante su residencia hasta la fecha, ¿ha participado en discusiones sobre conducta terapéutica con pacientes al final de la vida? ¿Cómo describiría su participación en el proceso de toma de decisiones? ¿Y la de los demás residentes? ¿Y la de los profesionales del sector? ¿Identificó algún principio ético/bioético en el que se basaron las decisiones? ¿Pudo reconocerlo o se mencionó explícitamente? ¿Cuáles fueron estos principios en su opinión? ¿Cómo describiría la participación del paciente y/o la familia en este proceso de toma de decisiones? En su opinión como residente, en el escenario de la práctica clínica de hospitalización, ¿quién toma la decisión final sobre la conducta terapéutica al final de la vida? ¿Está de acuerdo con esta dinámica? ¿Por qué? En su opinión, ¿todos los profesionales sanitarios que trabajan en esa unidad respetan y aceptan estas decisiones? ¿Por qué? En un escenario ideal, ¿cómo cree que deberían tomarse las decisiones terapéuticas al final de la vida?

La recolección de datos se realizó entre el 20 de julio y el 25 de octubre de 2022, de forma presencial y virtual. En la modalidad virtual, se utilizaron las plataformas Zoom® y Google Meet® para los participantes que solicitaron este tipo de abordaje. Las entrevistas individuales, tanto presenciales como virtuales, fueron realizadas por el investigador principal, enfermero con maestría en bioética y ética, y grabadas digitalmente, tuvieron una duración promedio de 20 minutos en ambas modalidades. Posteriormente, el investigador principal transcribió de forma completa las

declaraciones, que fueron revisadas por un segundo investigador, y no se las reenvió a los participantes para que las corrigieran.

Para el análisis de datos se utilizó el Análisis de Contenido Temático-Categorico, que permitió la exploración del material, el tratamiento de los resultados y su interpretación. El análisis temático-categorico se divide en tres etapas: preanálisis, exploración del material o codificación, y tratamiento de los resultados (inferencia e interpretación). En la etapa de preanálisis, se realizaron algunas operaciones preparatorias antes del análisis propiamente dicho de los datos. En esta etapa, las entrevistas se transcribieron y analizaron exhaustivamente mediante una técnica de lectura flotante, y se formularon hipótesis (provisionales) que respondieran a los objetivos de este estudio¹⁵.

Durante la etapa de codificación, los datos brutos se transformaron sistemáticamente en unidades de registro (UR), unidades de significado, subcategorías y, finalmente, categorías. Las unidades de registro son una segmentación o recorte, a partir del cual se realiza la segmentación del texto completo para el análisis. Las unidades de significado son los segmentos de texto que nos permiten comprender el significado de las unidades de registro, colocándolas de nuevo en su contexto, y siempre son una unidad mayor que la UR. Las subcategorías son clases que reúnen un conjunto de elementos bajo un título genérico, agrupados según las características comunes de estos elementos. Las subcategorías se agrupan en categorías, que consideran todo el texto en el análisis, y lo pasan por un tamiz de clasificación y cuantificación, según la frecuencia de presencia o ausencia de elementos de significado¹⁵.

Para el procesamiento e interpretación de los resultados, los datos brutos se transformaron sistemáticamente en unidades de registro y unidades de significado. A partir de la etapa de procesamiento de los resultados, se extrajeron conclusiones sobre el contenido y la interpretación de las afirmaciones con base en las categorías creadas para realizar la cuantificación, de forma que se puedan presentar los datos finales mediante la comparación con el marco teórico y la discusión de los hallazgos.

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución proponente. Se respetaron los principios éticos que rigen la investigación con seres humanos. Los participantes fueron identificados con la letra R seguida de números consecutivos según el orden de las entrevistas. Es importante destacar que los participantes firmaron el Formulario de Consentimiento Libre e Informado y la Autorización para el uso de su testimonio, tanto presencial como virtualmente.

RESULTADOS

Participaron en el estudio veinticinco residentes: siete enfermeros, tres fonoaudiólogos, tres trabajadores sociales, dos fisioterapeutas, dos nutricionistas, dos terapeutas ocupacionales, tres psicólogos y tres médicos. En cuanto al sexo declarado, predominó el femenino con 19 participantes.

Los entrevistados se habían graduado hacía menos de cinco años y aún se encontraban en proceso de desarrollo profesional. Sin embargo, 14 participantes dijeron poseer otros estudios previos o concomitantes con la residencia: tres mencionaron otros títulos previos, 13 habían completado o estaban finalizando un posgrado en la modalidad *latu sensu* y uno en la modalidad *strictu sensu*, maestría.

En este estudio, los datos brutos se transformaron en 694 unidades de registro que se agruparon en 39 unidades de significado, lo que permitió describir de forma más precisa las características del contenido presente en el texto y formular trece subcategorías. Luego de estructurar el análisis mediante la agrupación de las subcategorías, se obtuvieron tres categorías.

De este análisis surgieron tres categorías que se discutirán a continuación: El proceso de toma de decisiones con pacientes al final de la vida; Bases bioéticas utilizadas para orientar la toma de decisiones; y; El mundo ideal y el mundo real del proceso de toma de decisiones.

Proceso de toma de decisiones con pacientes al final de la vida

Esta categoría incluye 262 Unidades de Registro (UR) y cinco subcategorías, presentadas en la Figura 1, que analizan la percepción de los residentes sobre el protagonismo del profesional médico en el proceso de toma de decisiones con pacientes al final de la vida.

Temas/Unidades de significado	UR (n)	UR (%)	Subcategorías	Categoría
Desde el punto de vista jurídico y social, ¿quién toma la decisión final desde el punto de vista del residente?	37	100	Centralización de la toma de decisiones	Proceso de toma de decisiones con pacientes al final de la vida
Falta de autonomía del residente para sugerir conductas	45	62,5	Dificultad para que los residentes participen en el proceso de toma de decisiones	
Falta de aceptación de sugerencias por parte del equipo médico	27	37,5		
Toma de decisiones de forma multidisciplinaria	32	100	Toma de decisiones de forma multidisciplinaria	
Toma de decisiones compartida	66	75,9	Toma de decisiones compartida con el paciente y los familiares	
Falta de toma de decisiones compartida	21	24,1		
El paciente no quiere participar en la toma de decisiones	4	11,8	Otros desafíos	
Participación de los profesionales del sector en el proceso de toma de decisiones	19	55,9	relacionados con la toma de decisiones	
Asociación de cuidados paliativos al final de la vida	5	14,7		
Externalización de la toma de decisiones (dejar que la familia decida la parte técnica “menú terapéutico”)	6	17,6		

Notas: UR – Unidad de Registro

Figura 1: Elaboración de las categorías analíticas: Proceso de toma de decisiones con pacientes al final de la vida. Río de Janeiro, RJ, Brasil, 2024.

Este protagonismo no solo se manifiesta en el liderazgo y la articulación de los diferentes conocimientos del equipo interdisciplinario, sino principalmente en la centralización de la toma de decisiones. Este desequilibrio jerárquico en las relaciones de poder del equipo provoca un notable descontento en los residentes, como se puede observar en las siguientes declaraciones:

[...] lamentablemente predomina, no creo que sea correcto, pero ciertamente el equipo médico predomina en la decisión [...] (R4)

[...] en teoría es un equipo multidisciplinario para tomar decisiones paliativas, pero lo que veo más es al médico que viene y ve la evolución, llama a la familia y le informa lo que va a pasar [...] (R5)

El equipo médico siempre es quien toma la decisión final. Todo debe ser aprobado por el equipo médico [...] (R6)

Bases bioéticas utilizadas para orientar la toma de decisiones

Esta categoría incluye 170 UR y 04 subcategorías que exploran el conocimiento de los residentes sobre las bases bioéticas como instrumentos para los cuidados paliativos (Figura 2).

Temas/Unidades de significado	UR (n)	UR (%)	Subcategorías	Categoría
Respetar la autonomía del paciente	77	63	Respeto a la autonomía: un principio en construcción	Bases bioéticas utilizadas para orientar la toma de decisiones
Heteronomía del paciente en casos de imposibilidad de decisión	13	10		
Imposibilidad clínica de satisfacer los deseos del paciente	4	3		
Usar la ética/bioética en la toma de decisiones	30	24	La no maleficencia en el combate a la distansia	
Dificultad en la toma de decisiones con pacientes no oncológicos	5	38,5		
La alimentación como forma de cuidado o abandono (falta de alimentación)	8	61,5	La beneficencia como imperativo moral de las categorías de salud	
Conflicto/sufrimiento moral en la toma de decisiones	8	40		
Personalizar las rutinas institucionales de forma personalizada para pacientes al final de la vida	12	60	La compleja incorporación de la justicia en la toma de decisiones	
Existencia de un equipo de cuidados paliativos	13	100		

Notas: UR – Unidad de Registro

Figura 2: Elaboración de las categorías analíticas: Bases bioéticas utilizadas para orientar la toma de decisiones. Río de Janeiro, RJ, Brasil, 2024.

La toma de decisiones con pacientes al final de la vida puede generarles conflictos morales y éticos a los profesionales de la salud involucrados. Para gestionar adecuadamente estos conflictos, es importante utilizar un recurso o herramienta bioética para resolverlos o atenuarlos.

Las declaraciones manifiestan un cierto desconocimiento de los principios bioéticos y una dificultad para aplicarlos a la práctica en la toma de decisiones con pacientes al final de la vida, pero dejan claro que ven el respeto a la autonomía como un principio de máxima importancia:

[...] siempre tengo que respetar la voluntad del paciente [...] como también dije, si el paciente está lúcido, orientado, tiene que estar presente, tiene que tomar sus propias decisiones, entonces el acompañante creo que tiene que brindarle apoyo al paciente, sea cual sea la decisión del paciente. (R1)

[...] la clase de bioética fue una clase que me llamó mucho la atención, me hizo reflexionar sobre los temas relacionados con la muerte y principalmente lo que más me llamó la atención en las clases fue entender que el proceso de la muerte también puede ser una decisión del paciente [...]. (R3)

[...] él (el paciente) quiere saber qué está pasando, incluso el diagnóstico, a veces la familia pide que no se lo digan [...]. (R4)

[...] en relación con los cuidados al final de la vida recuerdo que el profesor comentó sobre la decisión por ejemplo de no realizar medidas invasivas, no hacer reanimación, que eso hay que discutirlo con la familia y registrarlo en la historia clínica. Creo que es más bien para proteger al profesional de la salud ante situaciones y problemas posteriores. (R12)

El mundo ideal y el mundo real del proceso de toma de decisiones

Esta categoría abarca 265 UR y 04 subcategorías, que señalan cuestiones relacionadas con la importancia del trabajo conjunto y el enfoque interdisciplinario en la atención al paciente (Figura 3).

Temas/Unidades de significado	UR (n)	UR (%)	Subcategorías	Categoría
La acción multidisciplinaria vista como ideal de cuidado	43	50,6		El mundo ideal y el mundo real de la toma de decisiones
La comunicación como factor importante en el cuidado	17	20		
Adaptar el lenguaje para lograr la comprensión del paciente y la familia	7	8,2	El proceso ideal de toma de decisiones desde la perspectiva del residente	
Presencia de un tutor como forma de optimizar el aprendizaje de los residentes	4	4,7		
Derecho del paciente a la información	9	10,6		
Inicio temprano de cuidados paliativos	5	5,9		
Heteronomía del paciente y casos de imposibilidad de decisión	13	14,1		
Errores de conducta por falta de comunicación	14	15,2		
Malas relaciones interpersonales entre diferentes categorías que dificultan las conductas terapéuticas	7	7,6		
La muerte como tema tabú	7	7,6	La realidad del proceso de toma de decisiones desde la perspectiva del residente	
Modelo curativo	22	24,2		
Falta de habilidades de comunicación para abordar al paciente y a la familia.	13	14,1		
Cuestionamiento de las decisiones por parte del equipo	11	11,9		
Número insuficiente de profesionales	2	2,1		
Ronda realizada en sala colectiva (violación de la confidencialidad de la información)	3	3,2		
Contacto con el tema de la muerte y el morir en la carrera de grado	25	44,6	Debilidades en la enseñanza sobre el manejo de pacientes al final de la vida en la carrera de grado y la residencia	
Contacto con el tema de la atención al paciente al final de la vida en la carrera de grado	26	46,4		
Contacto con el tema de la atención al paciente al final de la vida en la residencia	3	5,3		
Cambio de perspectiva sobre las decisiones a partir del contacto con contenido teórico sobre bioética	2	3,7		
Presencia de contenido sobre bioética en la residencia	32	100	Escasa enseñanza de bioética en la residencia multidisciplinaria en el área de la salud	

Notas: UR – Unidad de Registro

Figura 3: Elaboración de las categorías analíticas: El mundo ideal y el mundo real del proceso de toma de decisiones. Río de Janeiro, 2024.

Se destaca que es necesario discutir como equipo multidisciplinario las decisiones sobre el tratamiento del paciente, la comunicación, el derecho del paciente a la información y la derivación temprana de pacientes con enfermedades avanzadas e irreversibles a servicios institucionales de cuidados paliativos, y romper con el paradigma curativo hospitalocéntrico, a pesar

de que los avances en el conocimiento sobre cuidados paliativos y el enfoque de la finitud de la vida en la enseñanza académica se presentan como la forma ideal para tomar decisiones con pacientes al final de la vida:

[...] Creo que deberían tomarse en conjunto, sobre todo porque la práctica clínica del paciente es compleja. No solo la enfermería participa en la atención; existen otras categorías, otras perspectivas y otros enfoques. (R23)

[...] Creo que hay un problema aquí: la falta de comunicación, que es la situación más grave en el hospital. Lo veo. Y la falta de comunicación no lleva a la discusión de los casos [...]. (R03)

[...] Sé que no es algo formal, pero para enseñar algunas técnicas para dar malas noticias. Sé que hay protocolos y demás. En fin, para poder tener una orientación (R08)

[...] Incluso podemos manejar cómo se va a dar esa noticia, en qué momento, con qué colaboración, pero negarle la información de salud al paciente sin que lo haya solicitado, creo que es muy complicado (R06)

[...] incluso el paciente con una enfermedad crónica, que sabemos que no tiene cura, lo posponemos y no lo derivamos a cuidados paliativos (R16)

[...] A los demás residentes tampoco los veo hablar de eso. De verdad que no. Creo que también les incomoda mucho hablar de cuidados paliativos; no los veo hablar de eso. (R15)

[...] Intentaba prolongar la vida, pero no la calidad de vida, sino el tiempo. Era más con esa intención. (R04)

[...] Ese tema no fue abordado, como es una profesión general, abarca varias políticas sociales, podemos actuar en varias áreas y la salud es una de las principales, pero cuando efectivamente participamos de asignaturas específicas, acabamos abordando más la cuestión de la legislación del SUS, no profundizamos mucho en la práctica con respecto a la finitud y no abordamos ese tema (R06)

DISCUSIÓN

En cuanto a la caracterización de la muestra, los participantes de este estudio se destacan por su nivel de estudio, aunque hayan completado sus estudios de grado unos años antes de ingresar al programa de residencia. Los títulos que ostentan demuestran la gran inversión realizada en los primeros años de la carrera para complementar mejor la formación y ampliar el campo de actuación.

El proceso de toma de decisiones con pacientes al final de la vida fue la primera categoría analizada según las declaraciones de los participantes. Dentro del proceso de toma de decisiones con pacientes al final de la vida, es importante enfatizar la particularidad de este momento para todos los involucrados (pacientes, familiares y equipo multidisciplinario). Por un lado, está el paciente, con toda su historia, y una familia que desea prolongar la vida de ese paciente¹⁶. Por otro lado, está la figura del médico y del equipo multidisciplinario que en sus manos tienen la difícil misión de ayudar a conducir este proceso terminal de la mejor manera posible sin que esto genere la ruptura de paradigmas éticos o incluso un proceso judicial por parte de esta familia.

Las declaraciones revelan que, actualmente, a pesar del desarrollo de las categorías profesionales en el ámbito de la salud, la categoría médica aún tiene no solo la responsabilidad, sino también el deber moral y social de decidir el resultado en la mayoría de los casos de pacientes terminales. Desde esta perspectiva, es necesario promover cómo cambiar esta situación, ya que varios estudios señalan la importancia y el estándar de oro de la interdisciplinariedad en la atención y el manejo de pacientes al final de la vida y sus familias^{12,17,18}.

Por otra parte, el hecho de que la interdisciplinariedad aún no se respete en la práctica afecta directamente el resultado de las decisiones de la categoría médica, ya que las mismas pueden verse como un paternalismo marcado^{11,19}. Es decir, la toma de decisiones por parte del profesional de la salud, que busca en principio el bienestar del paciente, pero que ignora por completo sus valores, deseos y la competencia para tomar decisiones relacionadas con su propio caso.

Esta centralización del poder de decisión en la profesión médica, ya sea de los tutores (personal) o incluso de los propios residentes de medicina, puede estar asociada a la cultura biotecnocientífica, curativa y hospitalocéntrica en la que se basa la formación en el área de la salud. Ello indica que a los médicos les falta preparación para atender a los pacientes terminales e implementan medidas terapéuticas empeñadas en prolongar la vida a cualquier costo¹⁶.

Una revisión exploratoria que incluyó 40 estudios mapeó la evidencia sobre cómo los equipos multidisciplinarios toman decisiones para identificar a pacientes con una enfermedad terminal y encontró que la toma de decisiones incluía desacuerdos entre los miembros del equipo y que los médicos a menudo eran considerados los únicos responsables de la toma de decisiones¹⁸. Por lo tanto, no está claro cómo se ven afectadas las experiencias individuales de los médicos por las conversaciones con otros profesionales durante las reuniones del equipo. Por ende, es evidente que las decisiones se centran en el equipo médico, que ocurre en el ámbito de la práctica multidisciplinaria, y que afecta los resultados de los pacientes al final de la vida.

Las bases bioéticas utilizadas para orientar la toma de decisiones con pacientes al final de la vida pueden generarles conflictos morales y éticos a los profesionales de la salud involucrados. Para gestionar adecuadamente esos conflictos es importante utilizar un recurso o herramienta bioética como guía. Los discursos expresan cierto desconocimiento de los principios bioéticos y dificultad para aplicarlos a la hora de tomar decisiones con pacientes al final de la vida.

El estudio de Motta *et al.* presenta en su discusión un resumen de algunos métodos de toma de decisiones en bioética clínica. Se recomienda un análisis exhaustivo del caso clínico en cuestión para luego aplicar el método de toma de decisiones bioéticas que consta de siete pasos (identificar el problema; analizar los hechos: cuanto más claros sean, más fácil será el análisis ético; identificar los valores involucrados, identificar los valores en conflicto, reformular el problema; identificar el conflicto fundamental; deliberar sobre el conflicto fundamental; tomar decisiones; identificar los criterios de seguridad [defenderla públicamente y verificar si la decisión es antijurídica])²⁰. Esta propuesta prevé una interacción de los principios bioéticos de Beauchamp y Childress, y se puede utilizar como guía para la toma de decisiones.

Un estudio que tuvo como objetivo identificar los factores que influyen en la toma de decisiones de los profesionales de la salud al atender a pacientes en cuidados al final de la vida demostró la preocupación del equipo por respetar la autonomía de los pacientes, proteger su dignidad, actuar con no maleficencia y preservar la toma de decisiones compartida. Sin embargo, los resultados demuestran que es necesario un mayor debate y capacitación en cuidados paliativos para minimizar los conflictos éticos¹⁶.

Los profesionales de la salud que trabajan con pacientes al final de la vida deben aplicar la bioética en la toma de decisiones y respetar su autonomía. Deben proporcionarles la información y las perspectivas necesarias para que puedan tomar decisiones informadas sobre su futuro tratamiento y mejorar su calidad de vida. Además, estos profesionales deben evitar causarles daños innecesarios a los pacientes, previniendo así un gran sufrimiento durante el tratamiento.

La reflexión bioética sobre las decisiones terapéuticas exige algo más que el principio de no maleficencia, ya que los profesionales deben tomar medidas positivas para ayudar a los pacientes y sus familias, y no solo abstenerse de actos perjudiciales. Por lo tanto, actuar de forma que beneficie al paciente durante la actuación profesional se convierte en una obligación moral que deben tener y no solo en un ideal moral opcional¹¹.

Al igual que en el caso de no maleficencia, podemos inferir que, para lograr el bienestar total del paciente, debe haber un proceso de comunicación, argumentación y comprensión de los valores y principios del paciente en cuestión para que las decisiones a tomar y la conducta a implementar logren el máximo beneficio posible dentro del caso en cuestión, teniendo en cuenta las limitaciones técnicas y estructurales de la institución a la que se encuentra asignado el paciente.

En cuanto a la categoría del mundo ideal y el mundo real del proceso de toma de decisiones, a primera vista, los residentes señalan que la acción multidisciplinaria y la toma de decisiones compartida son las formas ideales para tomar decisiones con los pacientes al final de la vida. Por otro lado, la comunicación ineficaz se destaca como un factor que interfiere en el proceso de toma de decisiones.

El proceso de comunicación es fundamental en los servicios de salud, ya que permite no solo el intercambio de información entre los distintos miembros del equipo, sino que también facilita las acciones y la toma de decisiones con respecto a los pacientes y sus familias. No es casualidad que mejorar la comunicación sea uno de los objetivos nacionales de seguridad del paciente a alcanzar actualmente y que, sin duda, hay mucho por mejorar aún²¹.

En el contexto del manejo de pacientes al final de la vida, la comunicación de noticias difíciles que cambiarán por completo las perspectivas de futuro de los pacientes y sus familias se ve con frecuencia. Sin embargo, en el proceso de comunicación, la omisión de información crucial puede llevar a los pacientes y sus familias a retrasar decisiones importantes o incluso a no tomarlas por desconocer con exactitud la evolución de la enfermedad y el estado clínico actual del paciente.

Por ende, en el manejo de los pacientes al final de la vida y sus familias, la comunicación puede estar directamente relacionada con los principios bioéticos de Beauchamp y Childress¹¹ y vulnerar el respeto a la autonomía y su derecho a la información cuando se limita la información para que tomen una decisión mejor orientada, o incluso el principio de no maleficencia, dado que en un intento por reducir el sufrimiento del paciente se omite cierta información, lo que puede causar un daño al no tomar una decisión por falta de información adecuada.

Otra percepción destacada son las declaraciones que abordaron la derivación temprana de pacientes con enfermedades avanzadas e irreversibles a servicios institucionales de cuidados paliativos. Es importante aclarar que esta derivación no es solo el traspaso de la atención de un equipo curativo a un equipo paliativo, dado que la derivación

temprana es fundamental para la planificación del tratamiento, con el objetivo de reducir el sufrimiento del paciente y sus familiares^{8,22,23}.

Adhiriendo al mismo principio, la *Worldwide Palliative Care Alliance* (WPCA), en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, lanzó la primera versión del Atlas Mundial de Cuidados Paliativos al Final de la Vida, y destaca que la derivación debe ser temprana, mucho antes de la fase terminal, y abarcar una amplia gama de condiciones crónicas en todo el mundo²⁴.

Otro punto importante para un 'mundo ideal' es romper con el paradigma centrado en el modelo curativo en el que aún se basa la atención médica, y que no se adapta bien a las problemáticas de los pacientes al final de la vida. Los cuidados paliativos los debe brindar un equipo multidisciplinario e interdisciplinario de manera humanizada y personalizada. El foco no está en curar la enfermedad, sino en cuidar a la persona de manera integral²⁵.

Un estudio de revisión identificó que los profesionales buscan actuar con base en principios bioéticos; sin embargo, aunque siguen un principio común, tienen dificultades para promover dichas acciones debido a recibieron una formación esencialmente curativa, además de una variedad de acciones y visiones personales que pueden influir en la toma de decisiones²⁶.

Las declaraciones revelan que los principios bioéticos no se abordan, o se abordan superficialmente, durante el proceso de formación profesional, lo que dificulta que los apliquen en una decisión terapéutica asertiva y ética. En Brasil, se promulgó recientemente la Resolución GM/MS n.º 3.681, del 7 de mayo de 2024, que establece la Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS), y uno de sus objetivos es estimular la formación, la educación continua, la valoración, la dotación y la gestión de la fuerza de trabajo en cuidados paliativos en el ámbito del SUS, además de estimular la formación y la educación continua de los profesionales²⁷.

Para brindar una atención interdisciplinaria de calidad, se considera que los principios bioéticos deben formar parte de la vida cotidiana de los profesionales de la salud como guía para la toma de decisiones y, para ello, es de suma importancia incluir u optimizar dicho conocimiento en las carreras de grado, las residencias multidisciplinarias y la educación continua de los profesionales que ya actúan en el área.

Los principios bioéticos de Beauchamp y Childress proporcionan una base ética para implementar una práctica que respete los derechos de los pacientes y promueva una atención digna al final de la vida^{11,26}. Sin embargo, las declaraciones de los residentes revelan que cuentan con un conocimiento superficial, por lo cual su actuación con los pacientes al final de la vida es limitada.

Por lo tanto, los resultados de este estudio contribuirán a ampliar el conocimiento en esta área temática y a futuras investigaciones. En el ámbito de la formación académica, la investigación contribuirá a reflexionar sobre la formación continua de estudiantes de residencias médicas multidisciplinarias en el cuidado de pacientes al final de la vida, y permitirá impulsar mejoras en la articulación académica sobre el tema y optimizar el currículo de esos importantes programas de posgrado en servicio.

Limitaciones del estudio

Este estudio se realizó con estudiantes de tres programas de residencia de uno de los estados brasileños y la generalización de los datos no es posible según el método científico, por lo que se requieren más estudios sobre este tema para confirmar o refutar estos datos.

El manejo de los pacientes al final de la vida requiere de una gran interacción entre profesionales del equipo multidisciplinario, pacientes y familiares, y conlleva una gran carga emocional, que puede provocar malentendidos, desacuerdos en las conductas y judicialización de la salud.

Consideraciones finales

Este estudio permitió realizar un análisis basado en las declaraciones de los residentes sobre el proceso de toma de decisiones terapéuticas con pacientes al final de la vida, según los principios bioéticos de Beauchamp y Childress. Es evidente que desde el proceso de formación y especialización profesional es necesario realizar esta reflexión, y que el modelo propuesto por Beauchamp y Childress sirve de guía para el proceso de toma de decisiones terapéuticas con pacientes terminales.

Las declaraciones revelan que, si bien la atención a los pacientes al final de la vida debe ser multidisciplinaria, el proceso de la toma de decisiones terapéuticas se centra en el profesional médico. Además, revelan un conocimiento superficial de los principios bioéticos, lo que puede generar conflictos morales y éticos para los profesionales de la salud involucrados.

Para gestionar adecuadamente estos conflictos, es fundamental discutir las decisiones sobre el tratamiento de los pacientes en equipo, mejorar la comunicación entre profesionales, pacientes y familiares, respetar los principios bioéticos y proceder a la derivación temprana de pacientes con enfermedades avanzadas e irreversibles a cuidados

paliativos. Para ello, es necesario romper con el paradigma curativo hospitalocéntrico desde la formación académica, que es lo ideal para la toma de decisiones con pacientes al final de la vida.

REFERÊNCIAS

1. Szwarcwald CL, Stopa SR, Malta DC. Status of the main noncommunicable diseases and lifestyles in the Brazilian population: Brazilian National Health Survey, 2013 and 2019. *Cad Saúde Pública*. 2022 [cited 2024 Nov 25]; 38(suppl 1):PT276021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT276021>.
2. Coelho ACR, Leite MV, Carneiro KFP, Mendonça JRB, Mesquita LKM, Vasconcelos TBD. Os principais desafios das políticas públicas de saúde para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis em municípios do Nordeste brasileiro. *Cad saúde colet*. 2023 [cited 2024 Nov 25]; 31(2):e31020095. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331020095>.
3. Corgozinho MM, Barbosa LO, Araújo IPD, Araújo GTFD. Pain and suffering from the perspective of patient-centered care. *Rev Bioét*. 2020 [cited 2024 Nov 20]; 28(2):249–56. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282386>.
4. Hirla VS de A, Silva CM, Cunha SWS, Silva TRM, Morais CAC, Bezerra SMMS. Assistência de enfermagem na terapêutica paliativa direcionada ao controle de sintomas. *Nursing (São Paulo)*. 2021 [cited 2024 Nov 25]; 24(278):5932–47. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i278p5932-5947>.
5. Pereira MBDSF, Mendonça MA. The value of early palliative care implementation on oncologic treatment: an integrative review. *REASE*. 2023 [cited 2024 Nov 25]; 9(5):981–93. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v9i5.9663>.
6. Trotte LAC, Costa CCT, Andrade PCS, Mesquita MGR, Paes GO, Gomes AMT. Death and dying process and palliative care: a necessary claim for nursing undergraduation. *Rev enferm UERJ*. 2023 [cited 2024 Nov 25]; 31:e67883. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2023.67883>.
7. Molin A, Lanferdini IIZ, Vanini S, Ebel A, Picinin D. Palliative Care in hospital care: The multiprofessional team's perception. *BJHR*. 2021 [cited 2024 Nov 25]; 4(1):1962–76. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-159>.
8. Barbosa APDM, Santo FHE, Hipólito RL, Silveira IA, Silva RC. Vivências do CTI: visão da equipe multiprofissional frente ao paciente em cuidados paliativos. *Enferm Foco*. 2021 [cited 2024 Nov 25]; 11(4):161-6. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n4.2990>.
9. Leão IS, Lopes FWR. Atuação multiprofissional em cuidados paliativos: limites e possibilidades. *Revista Saúde & Ciência Online*. 2020 [cited 2024 Nov 25]; 9(3):64–82. Available from: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/464>.
10. Lupi JB, Almeida MHM, Kojima HJ, Batista MPP. Grupo focal com residentes de um programa de residência multiprofissional: percepção sobre suas dificuldades e recursos para lidar com a morte na atuação em contexto hospitalar. *Rev Ter Ocup Univ*. 2022 [cited 2025 Apr 20]; 32(1-3):e203963. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v32i1-3pe203963>.
11. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics. USA: Oxford University Press; 2019.
12. Rocha AA, Freitas L, Cesconetto J, Rebouças LC, Salomão VB, Nunes RML. Pediatric palliative medicine in Brazil: an ethical reflection of medical practice. *Acta bioeth*. 2023 [cited 2024 Nov 16]; 29(1):39-48. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2023000100039>.
13. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007 [cited 2024 Nov 20]; 19(6):349–57. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
14. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temat*. 2014 [cited 2025 Apr 21]; 22(44):203–20. DOI: <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>.
15. Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev enferm*. 2008 [cited 2024 Nov 25]; 16(4):569-76. Available from: <https://docs.bvsalud.org/upload/S/0104-3552/2008/v16n4/a569-576.pdf>.
16. Maingué PCPM, Sganzerla A, Guirro ÚBP, Perini CC. Bioethical discussion on end of life patient care. *Rev Bioét*. 2020 [cited 2024 Nov 20]; 28(1):135–46. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020281376>.
17. Costa CMA, Dias DDSF, Silva EPD, Lemos LMB, Alves RN, Costa TSD. Multidisciplinary team in palliative care in the hospital environment: reality or chimera? *CONJ*. 2022 [cited 2024 Nov 20]; 22(6):868–80. Available from: https://www.researchgate.net/publication/361506483_Equipe_multidisciplinar_em_cuidados_paliativos_no_ambiente_hospitalar_realidade_ou_quimera#fullTextFileContent.
18. Bruun A, Oostendorp L, Bloch S, White N, Mitchinson L, Sisk AR, et al. Prognostic decision-making about imminent death within multidisciplinary teams: a scoping review. *BMJ Open*. 2022 [cited 2025 Apr 19]; 12(4):e057194. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057194>.
19. Ribeiro IP, Pampolha SSA, Soeiro ACV, Freitas JJS. Teaching about pain from the perspective of residents of a multiprofessional program in oncology-palliative care in the state of Pará. *EJCH*. 2024 [cited 2024 Nov 20]; 24(2):e15104. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e15104.2024>.
20. Motta LSO, Oliveira LN, Silva E, Siqueira-Batista R. Decision-making in clinical (bio)ethics: contemporary approaches. *Rev. Bioét*. 2016 [cited 2024 Nov 20]; 24(2):304-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242131>.
21. Sousa JBA, Brandão MJM, Cardoso ALB, Archer ARR, Belfort IKP. Effective communication as a quality tool: a challenge in patient safety. *Braz. J. Health Rev*. 2020 [cited 2024 Nov 20]; 3(3):6467-79. DOI: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n3-195>.
22. Bos-van Den Hoek DW, Thodé M, Jongerden IP, Van Laarhoven HWM, Smets EMA, Tange D, et al. The role of hospital nurses in shared decision-making about life-prolonging treatment: a qualitative interview study. *J Adv Nurs*. 2021 [cited 2025 Apr 19]; 77(1):296–307. DOI: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.14549>.
23. Barbosa G, Rigo R. Características dos pacientes atendidos pelo núcleo de cuidados paliativos em um hospital universitário. *PECIBES*. 2022 [cited 2025 Apr 19]; 8(1):10–5. DOI: <https://doi.org/10.55028/pecibes.v8i1.15225>.
24. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019. São Paulo: ANCP, 2020.

25. Kim H, Im HS, Lee KO, Min YJ, Jo JC, Choi Y, et al. Changes in decision-making process for life-sustaining treatment in patients with advanced cancer after the life-sustaining treatment decisions-making act. *BMC Palliat Care*. 2021 [cited 2025 Apr 21]; 20(1):63. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00759-6>.
26. Pinto KDC, Cavalcanti AN, Maia EMC, Pinto KDC, Cavalcanti AN, Maia EMC. Principles, challenges and perspectives of palliative care in the context of the multiprofessional team: literature review. *Psicol. Conoc. Soc.* 2020 [cited 2025 Apr 21]; 10(3):151–72. DOI: <https://doi.org/10.26864/pcs.v10.n3.10>.
27. Ministério da Saúde (Br). Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html#:~:text=PORTARIA%20GM/MS%20N%C2%BA%203.681,28%20de%20setembro%20de%202017

Contribuciones de los autores

Concepción, F.G.F. y C.M.A.C.; metodología, F.G.F., C.M.A.C. y B.D.C.; análisis formal, C.M.A.C., L.A.C.T. y A.S.C.; investigación, F.G.F.; curaduría de datos, C.M.A.C. y A.S.C.; redacción, F.G.F. y C.M.A.C.; revisión y edición, F.G.F., C.M.A.C., B.D.C., L.A.C.T. y A.S.C.; visualización, F.G.F., C.M.A.C., B.D.C., L.A.C.T. y A.S.C.; supervisión, C.M.A.C., L.A.C.T. y A.S.C.; administración del proyecto, F.G.F., C.M.A.C. y B.D.C. Todos los autores leyeron y estuvieron de acuerdo con la versión publicada del manuscrito.

Uso de herramientas de inteligencia artificial

Los autores declaran que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en la redacción del manuscrito “*El residente frente a la finitud y el proceso de toma de decisiones terapéuticas: estudio cualitativo*”.