

Germania Elizabeth Yugcha-Andino; Marcia Isabel Ortega-López; Rosa Piedad Morán-Asencio

<https://doi.org/10.35381/s.v.v10i20.5150>

La responsabilidad ética del cuidado de enfermería desde el existencialismo en la atención directa

Ethical responsibility in nursing care from an existentialist view in direct care

Germania Elizabeth Yugcha-Andino

germania.yugchaa@ug.edu.ec

Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Guayas
Ecuador

<https://orcid.org/0000-0001-9286-0814>

Marcia Isabel Ortega-López

marcia.ortegal@ug.edu.ec

Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Guayas
Ecuador

<https://orcid.org/0000-0002-7817-0136>

Rosa Piedad Morán-Asencio

rosa.moranas@ug.edu.ec

Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Guayas
Ecuador

<https://orcid.org/0000-0003-1436-9741>

Recepción: 13 de marzo 2026

Revisado: 16 de abril 2026

Aprobación: 24 de mayo 2025

Publicado: 01 de julio 2025

Germania Elizabeth Yugcha-Andino; Marcia Isabel Ortega-López; Rosa Piedad Morán-Asencio

RESUMEN

Objetivo: Sistematizar la evidencia científica sobre la responsabilidad ética del cuidado de enfermería desde el existencialismo en la atención directa de publicaciones entre 2020 a 2026. **Métodos:** Estuvo orientada y controlada por la rúbrica PRISMA 2020, se basó en Poblaciones, Conceptos y Contexto; la búsqueda se realizó en las bases de datos PubMed/MEDLINE, PubMed Central y SciELO. Una vez que se refinó la búsqueda, se incluyeron 50 artículos. **Resultados:** más del 85% eran estudios cualitativos y de revisión, la mayor producción fue en 2025 y 2026; se revelaron 4 ejes: responsabilidad y deliberación moral; sufrimiento moral e instituciones; humanización y autonomía en la atención; y dignidad con acompañamiento existencial hasta el final de la vida. **Conclusión:** Se analizó literaturas sobre libertades, responsabilidades, presencia, culpabilidad, relaciones intersubjetivas y atención, así como propuso el fortalecimiento del espacio de la reflexión ética.

Descriptores: Responsabilidad ética; enfermería; existencialismo; cuidado directo; sufrimiento moral; cuidado paliativo. (Fuente: DECS).

ABSTRACT

Objective: to systematize scientific evidence on the ethical responsibility of nursing care from an existentialist perspective in direct care, based on publications from 2020 to 2026. **Methods:** it was guided and assessed using the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) 2020 checklist and was based on the Population, Concept, and Context (PCC) framework. The search was conducted in PubMed/MEDLINE, PubMed Central, and SciELO databases. After refinement of the search strategy, 50 articles were included. **Results:** The results showed that more than 85% were qualitative studies and reviews, with the highest scientific output reported in 2025 and 2026. Four thematic axes were identified: responsibility and moral deliberation; moral distress and institutions; humanization and autonomy in care; and dignity with existential accompaniment through the end of life. **Conclusion:** The literature on freedom, responsibility, presence, guilt, intersubjective relations, and care was analyzed, and the strengthening of spaces for ethical reflection was proposed.

Keywords: Ethical responsibility; nursing; existentialism; direct care; moral distress; palliative care. (Source: DECS).

INTRODUCCIÓN

Desde una lectura existencial, cuidar significa atender a una persona que vive, decide y enfrenta sus límites. La responsabilidad ética del cuidado de enfermería no se direcciona únicamente a cumplir normas o protocolos, sino que se refiere al deber moral que tiene el profesional de actuar de manera correcta, consciente y respetuosa. Bajo este enfoque, esa responsabilidad aparece con mayor nitidez cuando un paciente vive el dolor, la dependencia, el miedo o la cercanía a la muerte. En la literatura se destaca que las enfermeras relatan experiencias de soledad, incertidumbre y compromiso personal cuando deben tomar decisiones en situaciones donde los pacientes dependen de su criterio y su presencia, mientras procura mantener la dignidad en el acto del cuidado ^{1 2 3}. La teoría de la existencia y de la libertad humana planteada por el filósofo Jean Paul Sartre sostiene que una persona primero existe y solo después se define a sí misma a través de una serie de elecciones y acciones ^{4 5}. De esta manera, un ser humano no llega a este mundo con un propósito preestablecido, sino que construye su existencia a través de las decisiones que toma. Desde esta perspectiva, cuidar significa entender que cada individuo vive su enfermedad y condición de salud a su manera, porque la historia, las elecciones y las experiencias de una persona moldean la forma en que se vive, se sufre e incluso se enfrenta a la dependencia.

La producción científica acerca de la ética del cuidado en la enfermería ha abordado diversas áreas de práctica como brotes infecciosos, teleconsultas, unidades de cuidados críticos, atención primaria, cuidados paliativos y procesos de humanización del cuidado. Esta diversidad ha conllevado una lectura dispersa de la responsabilidad ética, aunque los estudios muestran el desinterés por la vulnerabilidad de las personas, el malestar moral del profesional, el clima institucional, y por el ejercicio de la autonomía del paciente, las difíciles decisiones y el acompañamiento al final de la vida. La literatura reciente utiliza expresiones para referirse a fenómenos próximos, entre ellas sufrimiento existencial, cuidado espiritual, humanización, conflicto ético o ética del final de la vida ^{6 7 8 9 10}.

El enfoque existencial en el cuidado coloca a la persona como ser vulnerable y agente dentro de una existencia que es limitada. Desde este punto de vista, el enfermero responde a una vida que es particular y está marcada por una historia, relaciones, miedos y expectativas, antes de atender a un problema clínico de forma aislada. En los estudios fenomenológicos, la relación parece evocar las experiencias de soledad profesional, incertidumbre, compromiso interpersonal y satisfacción moral cuando el profesional asume el rol de cuidador ^{1 2}. McAndrew y Hardin ¹¹, Abbasinia et al. ¹² y Wong et al. ³ consideran que la ética del cuidado y el cumplimiento de los deberes frente a los pacientes se ven afectados por la falta de tiempo, la estructura jerárquica de las instituciones de salud y la escasa colaboración en las decisiones de cuidado.

La revisión aborda y espera dar un sentido existencial a la ética del cuidado de la enfermería y fundamentalmente en el cuidado directo. La importancia de esta obra se encuentra en que se puede hablar del sentido y valor del cuidado técnico y del cuidado que se da, y que la forma de la ética existencial es la de relatar en qué forma éticamente se relaciona el cuidado y se asume la ética del cuidado en las prácticas que se presentan, y qué aspectos de la organización pueden hacer que esa ética del cuidado no se ejerza y que en la relación de cuidado se visibilice.

El objetivo de este estudio consiste en sistematizar la evidencia científica sobre la responsabilidad ética del cuidado de enfermería desde el existencialismo en la atención directa de publicaciones entre 2020 a 2026.

MÉTODO

Se realizó una revisión sistemática guiada por los Elementos de Reporte Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis - PRISMA 2020 ¹³. La pregunta de revisión se construyó con el marco de Población, Concepto y Contexto (PCC). La población correspondía a enfermeros; el concepto se centró en la responsabilidad ética del cuidado; y el contexto incluía el cuidado directo en situaciones clínicas, comunitarias, críticas y

paliativas. La lectura de la corriente existencial se utilizó como uno de los ejes interpretativos para articular sobre la libertad y la responsabilidad; la presencia, la elección, el sufrimiento y la muerte; la dignidad y las relaciones con el otro, incluso si ninguno de los textos empleó esos términos directamente.

Con el fin de dar cuenta de la transparencia de este proceso, se desarrolló un protocolo de trabajo respecto a la búsqueda y selección, declarando de manera preventiva la pregunta, las fuentes, los descriptores, los criterios de elegibilidad, las trayectorias de seguimiento, las variables a extraer, un plan de evaluación crítica y una modalidad de síntesis. Este protocolo orientó el estudio y favoreció la congruencia entre la dirección de los objetivos, los criterios de inclusión, las categorías analíticas y los resultados. La revisión también se apegó a los lineamientos de PRISMA-s para el reporte de la búsqueda. Las ecuaciones, filtros y fechas, los campos consultados y las adaptaciones sintácticas por base se registraron para su verificación en documentos en la nube.

La búsqueda se centró en las fechas del 1 al 12 de marzo de 2026 y utilizó las bases de datos de ciencias de la salud, enfermería y producción en acceso abierto de América Latina más relevantes, como PubMed/MEDLINE, PubMed Central y SciELO. Para ampliar la recuperación y evitar omisiones, se realizó una revisión manual adicional de las referencias de los artículos incluidos, así como el seguimiento de citas hacia atrás y hacia adelante en los registros elegibles.

Los descriptores y palabras clave se formularon en inglés, español y portugués, con combinaciones de “Nursing”, “nurses”, “enfermería”, “enfermagem”, “ethical responsibility”, “moral responsibility”, “ethical principles”, “ethical climate”, “moral distress”, “moral courage”, “autonomy”, “humanized care”, “dignity”, “existential”, “end-of-life care”, “palliative care”, “nursing care”, “direct care”, “critical care” y “primary health care”. Se utilizaron los operadores booleanos “AND” y “OR”, así como comillas para frases exactas. Además, se usaron cadenas de búsquedas completas, variaciones y filtros por fecha, idioma y tipo de documento para cada base de datos.

La selección de los estudios se realizó bajo ciertos criterios de elegibilidad. Se incluyeron documentos de acceso abierto y de revisión por pares entre los años 2020 y 2026 en inglés, español o portugués que estuviesen indexados de forma directa con documentos sobre el cuidado de enfermería. Se consideraron estudios cuantitativos, cualitativos y de tipo mixto, además de revisiones sistemáticas, revisiones exploratorias, integrativas y metaanálisis que aportaran resultados empíricos o una síntesis con valor analítico frente a la pregunta de revisión.

Se excluyeron editoriales, cartas, comentarios, protocolos, capítulos, tesis, documentos en Open Access sin versión final, duplicados, y publicaciones que estuviesen centradas en profesiones distintas a la enfermería o en temas que no abordaran la responsabilidad ética, el sufrimiento moral, la ética del cuidado, la humanización, la autonomía, la dignidad, o el final de la vida. La selección se desarrolló en dos fases; en la primera, se revisaron títulos y resúmenes; en la segunda, se revisaron los textos completos recuperados. La selección fue realizada por dos evaluadores de forma independiente, utilizando una hoja de elegibilidad preparada para ese propósito.

Antes del inicio se realizó una calibración con una muestra piloto de registros para estandarizar los criterios de inclusión y exclusión. El control y la gestión de referencias y duplicados se realizaron utilizando una hoja de control y se verificaron por DOI, título, primer autor, año y tipo de documento. La ruta de selección PRISMA 2020 identificó 793 registros, eliminó 370 por duplicación o incumplimiento formal, revisó 76 textos completos e incluyó 50 estudios para la síntesis final (Figura 1).

Una matriz contenida en una hoja de cálculo sirvió de guía a la recogida de datos atendiendo a un protocolo y a una versión reducida en una prueba piloto. Esta matriz ha permitido recoger: autores, año, país; título, revista, fuente de indización; idioma, diseño, metodología, técnica e instrumento de recogida, técnica de análisis, software, población o muestra, escenario de atención, resultados más relevantes, limitaciones, categorías temáticas, vinculación con la lectura existencial, y enlace de acceso.

Germania Elizabeth Yugcha-Andino; Marcia Isabel Ortega-López; Rosa Piedad Morán-Asencio

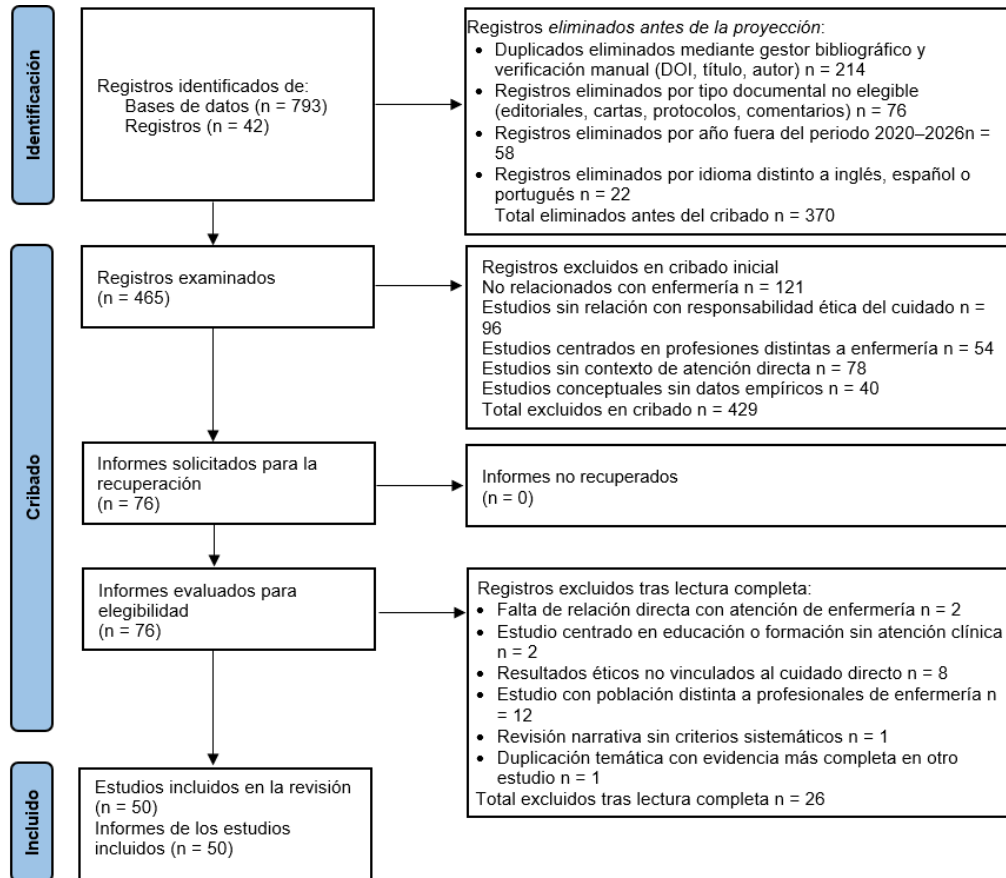


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 2020
Elaboración: Los autores.

Cada uno de los artículos se analizó para completar las celdas con los datos que realmente se enunciaron en la publicación; en caso de que alguna información estuviese ausente en el manuscrito se consignó la frase "No evidenciado". Además, la extracción se realizó en duplicado en una submuestra, con el propósito de verificar la consistencia entre los registros. La apreciación de la calidad de la evidencia fue acorde al tipo de diseño de cada uno de los estudios.

Para la evaluación de estudios cualitativos se utilizó el Programa de Habilidades de Evaluación Crítica (CASP), para las revisiones sistemáticas y revisiones de alcance, la Evaluación de Múltiples Revisiones Sistemáticas (AMSTAR) 2 y para los estudios de

métodos mixtos, la Herramienta de Evaluación de Métodos Mixtos (MMAT) ¹⁴; así como para los estudios observacionales cuantitativos se realizaron evaluaciones críticas de tipo personalizado, mediante listas de evaluación alineadas con el tipo de diseño de los estudios, priorizando la claridad de la muestra, la validez de la medición, el control de sesgos, la pertinencia del análisis y la aplicabilidad a la práctica clínica.

Luego se integró una clasificación de certeza con GRADE, considerando el juicio crítico de sesgo, la consistencia de los estudios, la precisión, la relevancia al interrogante y la aplicabilidad a la práctica clínica. La certeza se resumió como alta, moderada, baja o muy baja y se mantuvo el registro en hojas de cálculo separadas a fin de acompañar la trazabilidad de cada decisión. La síntesis de los resultados siguió un camino narrativo y comparativo, dado que los estudios mostraron variaciones en preguntas, contextos, diseños, instrumentos, unidades de análisis y resultados éticos, una condición que impidió una combinación estadística válida.

Los resultados se presentan en dos niveles, el primero de los cuales se refiere a un análisis bibliométrico clasificado por año, zona geográfica, publicación, idioma, tipo de estudio, fuente e indexación, y el segundo, una síntesis temática en el marco de cuatro categorías, a saber: responsabilidad ética y deliberación moral; sufrimiento moral y condiciones institucionales; humanización del cuidado, defensa y presencia profesional; dignidad, límites de la vida y acompañamiento existencial. La comparación entre estudios analizó similitudes y diferencias, vacíos, tensión entre contextos y contribuciones para una lectura existencial del cuidado directo.

Aparte de un firme compromiso con la síntesis del estudio, se documentó un relato de las elecciones metodológicas realizadas y las búsquedas, exclusiones y pequeños cambios que se llevaron a cabo durante el proceso. Cada exclusión del texto fue documentada con la razón correspondiente; además, se conservaron enlaces, DOI y matrices de extracción y calidad, lo que ayudó a presentar un mapa temático de las categorías. El

ordenamiento de la literatura permitió establecer el camino desde la detección de antecedentes hasta la contextualización de la evidencia.

Por ser una revisión que comprende documentos de libre acceso y sin interacción directa con personas, no se requirió consentimiento informado. Se han respetado los principios de integridad y academia, la veracidad en la extracción, la adecuada atribución de la evidencia, la documentación ordenada de decisiones y la retención ciega de la evidencia.

RESULTADOS

Análisis bibliométrico

La distribución temporal mostró un aumento en los últimos dos años. De los 50 estudios, 10 eran de 2025 y 8 de 2026 para un 36% de la evidencia concentrada en ese periodo. En el año 2021 se reunieron 10 publicaciones, así como 2022 y 2023 registraron siete publicaciones cada uno y 2024 tuvo cuatro ^{3 6 5}. El origen geográfico confirmó una amplia base internacional con una presencia regional en América del Sur, de donde se contribuyeron 16 artículos, y Europa 14, seguidas por Asia y revisiones globales, cada uno con 7. Por otra parte, América del Norte tuvo 4 estudios y África 2 ^{16 17}.

La fuente de publicación fue sobre todo PubMed/MEDLINE con 32 artículos recuperados por mediación de ella, que es equivalente al 64% de la corpus. Se accedieron a 13 estudios de SciELO y se retuvo la representación latinoamericana y africana; complementariamente, LILACS contribuyó con 5 ^{7 18 19}. En lo que respecta a la tipología metodológica, este se reveló ampliamente dominado por los estudios cualitativos, con 23 artículos, abarcando el 46% del total. Las revisiones y las síntesis agruparon 19 trabajos ^{1 8 16}. De la evaluación metodológica, quedaron 12 estudios de alta y 16 de calidad moderada; se excluyeron de la evaluación los estudios de baja calidad ^{2 15 20}.

Síntesis narrativa

El conjunto de artículos casi nunca empleó el rótulo existencialismo de forma directa; sin embargo, los estudios reiteraron asuntos que pertenecen a ese significado, como son:

Germania Elizabeth Yugcha-Andino; Marcia Isabel Ortega-López; Rosa Piedad Morán-Asencio

vulnerabilidad, exposición, libertad bajo presión, incertidumbre, culpa moral y respuesta ante la otra persona. La Figura 2 muestra esa red conceptual en cuatro categorías interrelacionadas. En trabajos sobre responsabilidad ética, reflexión del paciente hospitalizado y vínculo con personas mayores, la relación asistencial apareció como encuentro con una vida singular que reclama presencia, juicio y reconocimiento ^{1 21 22}.



Figura 2. Mapa temático de categorías y relaciones conceptuales.

Elaboración: Los autores.

Además, la responsabilidad ética apareció un juicio que el profesional realiza en un momento y contexto determinados y no como obediencia ciega a reglas abstractas. Durante los brotes epidémicos, la teleconsulta, salud pública y la atención primaria, las enfermeras debieron equilibrar la privacidad, continuidad, justicia, tiempo y la cercanía relacional bajo condiciones cambiantes ^{3 6 7 18 23}.

Los estudios sobre el sufrimiento moral y el clima ético han mostrado que la responsabilidad en el cuidado puede verse erosionada cuando la organización limita el tipo de deliberación o decisiones de mandato percibidas como antagonistas al bienestar de los pacientes. Las conexiones entre el sufrimiento moral y la conciencia, la rotación de personal y la atención fútil, muestran que el problema no está localizado en la insensibilidad individual ^{8 15 24 25 26}.

Germania Elizabeth Yugcha-Andino; Marcia Isabel Ortega-López; Rosa Piedad Morán-Asencio

La humanización y la autonomía aparecieron como expresiones prácticas de responsabilidad ética en la atención directa. El conjunto de evidencias demostró que la calidad del cuidado mejora cuando la enfermera tiene espacio para escuchar, ajustar, priorizar, hablar y mantener el significado del acto de cuidado. Cuando ese margen disminuye, surge el racionamiento implícito, desgaste, silencio o distancia en las relaciones ^{9 20 27 28 29}.

Del mismo modo, los escenarios paliativos y de final de vida otorgaron mayor densidad a la lectura existencial. La ética del cuidado ha condicionado la práctica enfermera en los ámbitos de la conversación privada, la atención a la pluralidad, la preparación ante la muerte, la guía real y el acompañamiento de las familias en los escenarios de incertidumbre ^{10 16 17 30 31}. La región, por tanto, mantiene la capacidad para discutir la ética del cuidado desde escenarios del sur global. Aun así, persisten vacíos en la evaluación de intervenciones y en estudios que nombren en directo la dimensión existencial del cuidado ^{7 16 17 18 23}.

DISCUSIÓN

Categoría 1. Responsabilidad ética y deliberación moral

La categoría centrada en la responsabilidad ética y la deliberación moral demostró que la relación de cuidado activa una obligación sentida antes de cualquier regla escrita. Los enfermeros en las entrevistas y revisiones expusieron preocupación, desapego emocional, compromiso e incertidumbre mientras respondían a los indefensos, a lo arriesgado y, a veces, a lo íntimo. Se hicieron eco de tales experiencias en la UCI, la salud pública y los brotes de enfermedades infecciosas, donde el otro dependía del juicio clínico y de la presencia profesional para una atención digna y respetuosa ^{1 2 6}.

Los estudios de Singapur, Brasil y atención primaria agregaron otra capa a esa responsabilidad. Por lo que cumplir principios éticos en cuidado directo exigió equilibrar privacidad, continuidad, comunicación clara, acceso y justicia en escenarios presenciales

o mediados por tecnologías. La teleconsulta para personas con VIH y la práctica avanzada en atención primaria mostraron que el deber ético se vuelve frágil cuando faltan las condiciones para resguardar datos, mantener un vínculo o deliberar en equipo, aun cuando la intención del cuidado permanece firme ^{3 7 18 23}.

Desde una visión amplia y convergente, estos artículos sugieren que la ética comienza a ser el enfoque cuando se ha establecido un vínculo con la persona, y luego se topa con la normativa, el tiempo, los recursos, la cultura de las instituciones. Lo que cambia entre ellos y entre las diferentes instituciones es el contexto significativo. Eso se muestra muy claramente en brotes donde estuvo muy presente la protección y la proximidad, en la consulta a distancia donde se trataron el acceso y la confidencialidad, y en la salud pública y la atención primaria, donde se trataban la autonomía profesional y la responsabilidad colectiva. Sin embargo, el núcleo relacional se mantuvo constante en los artículos analizados ^{1 6 7 23}.

Categoría 2. Sufrimiento moral y condicionantes institucionales

La segunda categoría incorporó evidencias del sufrimiento moral y de las imposiciones institucionales. En las investigaciones cuantitativas se demostraron relaciones entre sufrimiento moral, estrés de conciencia, clima ético, competencia holística, orgullo profesional y la intención de desvincularse. En unidades de terapia intensiva, la atención fútil, las restricciones al ejercicio de expresar objeciones y algunas conductas médico-institucionales aumentaron la incomodidad y el desgaste. Las revisiones confirmaron que el fenómeno no es aislado y que sus efectos se extienden al sufrimiento profesional, a la calidad de la atención y a la retención laboral ^{8 15 24 32}.

Dentro de esa misma categoría, los trabajos de revisión y el cuasiexperimento iraní ampliaron la discusión. La revisión sobre consecuencias del sufrimiento moral vinculó el problema con agotamiento, insatisfacción y salida del servicio, mientras que otra revisión sistemática mostró niveles relevantes de malestar en enfermeras de unidades intensivas adultas. Por su parte, un programa de motivación moral elevó la valentía moral en

enfermeras de rehabilitación, dato que sugiere posibilidad de intervención y no la resignación frente al problema ^{25 26 33}.

Al comparar estos estudios se observa un punto en común: el sufrimiento moral surge cuando la enfermera identifica la acción que considera correcta, pero encuentra barreras para realizarla o mantenerla. Las barreras variaron entre jerarquía, cuidado fútil, falta de personal, clima ético pobre y ausencia de apoyo. Las diferencias se relacionaron con la forma de medir el problema y con el tipo de unidad clínica, aunque la dirección del vínculo entre entorno adverso y malestar moral fue consistente ^{8 15 24 25}.

Categoría 3. Humanización, autonomía y competencias del cuidado

La tercera categoría reunió trabajos sobre humanización, autonomía y competencias del cuidado. Para ello, la ética se llevará a cabo en tareas prácticas, en acciones como la escucha, la intervención, la priorización, sin deshumanización, actuando como defensores y con cercanía, sin perder el juicio clínico; las experiencias de Perú, China o Angola demuestran que la forma humanizada de atención se cimenta, en primer lugar, en la presencia y la empatía, la comunicación, la sensibilidad cultural y la lectura de las necesidades, incluso en condiciones de presión en el propio servicio o por la insuficiencia de recursos ^{9 19 27}.

La investigación sobre dilemas éticos, autonomía profesional y revisiones sobre humanización añaden que tal calidad de atención requiere una genuina habilidad de toma de decisión. Los grupos focales identificaron jerarquías, miedo y estrategias de afrontamiento, mientras que los reanálisis canadienses y turcos mostraron que la autonomía se experimenta como contextual, negociada y, a veces, restringida por reglas organizacionales o culturales. La revisión sistemática sobre humanización identificó el respeto, la dignidad, la relación terapéutica y la atención personalizada como los núcleos más repetidos del corpus ^{20 28 29 34}.

Al analizar estas obras, lo más importante es que la humanización del cuidado no se basa en una amabilidad de tipo superficial, sino en una práctica que implica escuchar y tomar

decisiones. Cuando una enfermera tiene una voz clínica, se sostiene una continuidad relacional y se reconoce la singularidad de la persona. Cuando esa voz es silenciada, ocurre un racionamiento implícito, se establecen distancias relacionales o se producen defensas. Así, la humanización y la autonomía de las personas se constituyen como dos caras de una misma exigencia ética ^{27 28 29 34}.

Categoría 4. Dignidad, limitación de la vida y acompañamiento existencial

En la cuarta categoría, la investigación revela que la cercanía con la muerte, la pérdida, la soledad y la dependencia refuerza la dimensión ética del cuidado. Los pacientes en el hospital han mencionado las reflexiones respecto al sentido, la fragilidad y la necesidad de ser reconocidos; en tanto que, las enfermeras de cuidados paliativos han descrito hasta donde llegan las conversaciones confidenciales que requerían tacto, escucha y, reserva respecto a la intimidad. En las residencias y hospitales la relación estaba como un sostén emocional y existencial para quienes viven con enfermedad avanzada o envejecimiento vulnerable ^{10 21 22}.

Las iniciativas en España, Ecuador y Ghana expandieron la categoría para integrar la diversidad cultural, la preparación para la muerte y el uso real de guías de cuidados paliativos. El estudio ecuatoriano sobre la muerte y el morir consideró el peso de la espiritualidad y el enfoque emocional, centrado en la pérdida y preparado, mientras que el estudio de cuidados paliativos identificó brechas de conocimiento e implementación a nivel de atención primaria. Las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en Ghana describen la carga emocional, las limitaciones de recursos y la tensión al final de la vida con la familia ^{16 17 30 31}.

A partir de estos estudios, es evidente que una muerte digna es una cuestión tanto de dominio técnico como de la habilidad para comunicarse efectivamente mientras se permanece presente en los momentos más vulnerables. Los estudios suecos enfatizaron la importancia de la conversación y la relación, los ecuatorianos enfatizaron la capacitación y el uso de guías, los españoles enfatizaron la importancia de la diversidad

cultural, y los ghaneses enfatizaron la presión emocional y los recursos. Independientemente del contexto, todos coinciden en que el cuidado en situaciones que limitan la vida requiere una comprensión de la individualidad, los miedos, los valores de la familia y la esencia de la vida ^{10 16 30 31}.

Las diferencias anotadas pueden relacionarse con el tipo de sistema de salud vigente, con la existencia de protocolos, con la formación en paliativos, y con cada cultura en torno a la muerte y la autonomía. En sistemas donde la conversación en torno al entre la vida se da de forma institucional y con mayor legitimidad, se presentan mayores facilidades para la enfermera en el acompañamiento. En el caso contrario, donde dicha conversación se encuentra ausente o peor, delegada, se genera una mayor carga emocional y el cuidado se torna más técnico, fragmentado o defensivo. La dimensión existencial no es, por tanto, un elemento decorativo, sino que constituye una parte constitutiva del trabajo cotidiano.

Dentro de la política pública y la universidad, esta categoría supone la necesidad de avanzar en la enseñanza sobre cuidados paliativos, en el discurso sobre la muerte, en la diversidad cultural y en el apoyo emocional al personal. Abordar la práctica actual de las guías de práctica clínica y fijar límites a las salas de conversaciones privadas y confidenciales a los servicios también es importante. En la investigación en enfermería, la dimensión existencial es un terreno fértil en cuanto al significado, la esperanza, el miedo y la conexión humana en situaciones que son altamente frágiles. Este camino tiene el potencial de enriquecer los cuidados paliativos, el cuidado geriátrico, la cronicidad avanzada y el cuidado familiar. También equiparía a los equipos que enfrentan pérdidas recurrentes.

Algunas de estas brechas son pertinentes porque la producción de Ecuador sigue siendo limitada, y aún deben realizarse estudios cualitativos más profundos sobre el cuidado directo dentro de hospitales, hogares y comunidades. Hay una necesidad de estudios comparativos interregionales, estudios longitudinales de intervenciones educativas y

evaluaciones de estrategias de apoyo con respecto a las enfermeras que mueren con frecuencia. También es relevante el estudio de la intersección entre lo espiritual, cultural y el tipo de servicio en el discurso ético de la dignidad y los límites de la vida. Esta evidencia es relevante en la enseñanza, gestión y planificación del cuidado, apoyo emocional y defensa de políticas a nivel local.

CONCLUSIONES

La revisión demostró que la responsabilidad ética dentro del ámbito del cuidado de enfermería puede ser leída a través de una lente existencialista como respuestas situacionales a la indefensión, la libertad, el sufrimiento y la finitud de la vida. Esto difiere cualitativamente de la mera obediencia normativa y está más alineado con la presencia, el juicio, la relacionalidad y el compromiso con la dignidad de la persona. Esta perspectiva resultó en reunir la literatura sobre responsabilidad ética, humanización, autonomía, sufrimiento moral y la literatura sobre enfermería en cuidados paliativos en un único marco analítico. Esta integración proporciona una base para entender lo que constituye el cuidado de enfermería directo con mayor coherencia y continuidad en la enfermería clínica y comunitaria.

Los cuidados éticos se ven condicionados por las estructuraciones institucionales que favorecen o limitan las actuaciones profesionales. Respecto a los elementos como "Clima ético", "cuidado sin interés", "jerarquías", "recursos", "tiempo" o "espacio de diálogo", condicionan cómo la enfermera puede responder al llamado de la conciencia; de este modo, la organización, el reconocimiento de la persona y el vínculo ético del profesional, los tres juntos, son los fenómenos de despersonalización y sufrimiento moral, que reflejan y trascienden al trabajador. Esta complejidad es importante y digna de estudio desde la gestión y la capacitación.

Mediante la síntesis se apuntan las nuevas líneas de trabajo ético en la enfermería, que en Sudamérica y en Ecuador no son abundantes. Profundizar en la ética de la atención

junto otros aspectos que, hoy por hoy, son tabú; la muerte, la dignidad, la autonomía, el sentido de las cosas, desde el interior de la existencia del cuidado. La atención ética, la gestión del sufrimiento, la decisión de afrontar las circunstancias que deben adoptarse en los servicios de cuidados paliativos, unas atenciones que se mueven entre servicios comunitarios y hospitales, pueden fundamentarse de una forma óptima a partir de las nuevas líneas de investigación que aquí se plantean.

CONFLICTO DE INTERÉS

Las autoras declaran que no tienen conflicto de interés en la publicación de este artículo.

FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

AGRADECIMIENTO

A todos los agentes sociales involucrados en el proceso investigativo.

REFERENCIAS CONSULTADAS

1. Tollefsen AS, Olsen AB, Clancy A. Nurses' experiences of ethical responsibility: A hermeneutic phenomenological design. *Nord J Nurs Res.* 2021;41(1):34–41. <https://doi.org/10.1177/2057158520967900>
2. Clancy A, Hovden JT, Andersen RA, Laholt H. Public health nurses' experiences of ethical responsibility: A meta-ethnography. *Nurs Ethics.* 2024;31(5):875–95. <https://doi.org/10.1177/09697330231209294>
3. Wong V, Hassan N, Wong YP, Chua SYN, Abdul Rahman S, Mohamad ML, et al. Nurses' adherence to ethical principles – A qualitative study. *Nurs Ethics.* 2025;32(4):1162–76. <https://doi.org/10.1177/09697330241291159>

4. Ramírez Giraldo C, Arrieta Burgos E. La despersonalización de la conciencia como presupuesto de la libertad: una aproximación desde la fenomenología existencial de Jean-Paul Sartre. *Eidos*. 2018;29:175–200. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/854/85458929008/html/>
5. Álvarez Valdez L. Sartre: la conciencia como libertad infinita. *Tópicos (México)*. 2009;37:9–29. Available from: <https://www.scielo.org.mx/pdf/trf/n37/n37a1.pdf>
6. Peter E, Variath C, Mohammed S, Mitchell M, Killackey T, Maciver J, et al. Nurses' Experiences of their Ethical Responsibilities during Coronavirus Outbreaks: A Scoping Review. *Canadian Journal of Nursing Research*. 2022;54(3):246–60. <https://doi.org/10.1177/08445621221080153>
7. Celuppi IC, Hörner Schlindwein Meirelles B, Mendes M, Ghizoni Schneider D, Elvira Pires de Pires D. Ethical problems in nursing teleconsultations for people living with HIV during the Covid-19 pandemic. *Rev Bras Enferm*. 2023;76(Suppl 3):e20220754. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0754>
8. Dziurka M, Jedynak A, Jurek K, Dobrowolska B. Correlation of nurses' and midwives' stress of conscience with hospital ethical climate and moral sensitivity. *Sci Rep*. 2025;15:17276. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-02180-y>
9. Meneses La Riva ME, Fernández Bedoya VH, Suyu Vega JA, Ocupa Cabrera HG, Paredes Díaz SE. Humanized care in nursing practice: a phenomenological study of professional experiences in a public hospital. *Int J Environ Res Public Health*. 2025;22(8):1223. <https://doi.org/10.3390/ijerph22081223>
10. Stenman T, Rönngren Y, Näppä U, Melin Johansson C. Beyond Everyday Small Talk: A Qualitative Study on Registered Nurses' Confidential Conversations in Palliative Care. *J Adv Nurs*. 2026;82(2):1628–39. <https://doi.org/10.1111/jan.17098>
11. McAndrew NS, Hardin JB. Giving nurses a voice during ethical conflict in the Intensive Care Unit. *Nurs Ethics*. 2020;27(8):1631–44. <https://doi.org/10.1177/0969733020934148>
12. Abbasinia M, Norouzadeh R, Adib-Hajbaghery M, Nasiri MA, Sharifipour E, Koohpaei A, et al. Nurses' experiences of providing ethical care to the patients with COVID-19: A phenomenological study. *Ethics Med Public Health*. 2022;22:100717. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2021.100717>

13. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
14. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. 2017;358:j4008. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>
15. Qu KY, Zhu DJ, Yang PF, Huo HJ, Liu HJ, Min Z, et al. Moral distress of intensive care unit nurses: a systematic review and meta-analysis. *BMC Nurs*. 2026;25(1):108. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-04274-4>
16. Valdiviezo-Maygua MA, Rivas-Lorefice A, Martínez-Granados A, Puente-Fernández D, Capilla-Díaz C, Montoya-Juárez R. Coping with Death Among Nurses in Ecuador: A Mixed-Methods Study. *Healthcare*. 2026;14(5):603. <https://doi.org/10.3390/healthcare14050603>
17. Rodríguez Quintana T, Dávalos-Batallas V, Vargas-Martínez AM, López L, Bonilla-Sierra P, Lomas-Campos MM, et al. Implementation and Knowledge of the Clinical Practice Guide for Palliative Care in the Ecuadorian Primary Care Level. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(21):11573. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111573>
18. Ferreira Siqueira E, Mourão Gonçalves M, de Lima Brandão J, Fredemir Palha P, Santos Almeida E, Orlandelli Carrer M, et al. Competências éticas da enfermagem na APS: perspectivas da prática avançada. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2025;38(spe1):e-SPE25p. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2025SPE25p>
19. Sili EM, Pereira do Nascimento ER, Bihain Hagemann de Malfussi L, Madalena Vieira P, Delacanal Lazzari D, Forster F, et al. Cuidado de enfermagem humanizado em terapia intensiva em Angola: facilidades e dificuldades desveladas. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2024;33:e20230111. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0111pt>
20. Açıkgoz G, Baykal Ü. A qualitative exploration of how nurses experience autonomy in professional roles. *BMC Nurs*. 2026;25(1):43. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-04217-z>

21. Lindström C, Lindberg E, Sandvik AH, Karlsson J. Existential reflections expressed by patients in need of hospital care: a qualitative study. *Scand J Caring Sci.* 2025;39(2):e70047. <https://doi.org/10.1111/scs.70047>
22. Almevall A, Zingmark K, Melander C, Juuso P. Nurturing connection: The emotional and existential dimensions of the relationship between older women and registered nurses in aged care. *Scand J Caring Sci.* 2025;39(3):e70080. <https://doi.org/10.1111/scs.70080>
23. Madureira Pereira L, Farias Brehmer L, Guedes dos Santos J, de Lima Dalmolin G, Costa de Andrade L, Souza Ramos F. Ethical climate in the primary health care workplace: a mixed-method study. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2026;34:e4756. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7499.4756>
24. Choi W, Oh Y. Impact of moral distress, person-centred care, and nursing professional pride on turnover intention among intensive care unit nurses in South Korea: a cross-sectional study. *Healthcare.* 2026;14(1):22. <https://doi.org/10.3390/healthcare14010022>
25. Giannetta N, Villa G, Bonetti L, Dionisi S, Pozza A, Rolandi S, et al. Moral distress scores of nurses working in intensive care units for adults using Corley's scale: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(17):10640. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710640>
26. Ananzeh T, Miller E. Consequences of moral distress among critical care nursing: an integrative review. *Journal of Research in Nursing.* 2025. <https://doi.org/10.1177/17449871251363485>
27. Li HQ, Xie P, Huang X, Luo SX. The experience of nurses to reduce implicit rationing of nursing care: a phenomenological study. *BMC Nurs.* 2023;22(1):174. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01334-5>
28. Reyes Téllez Á, González García A, Martín Salvador A, Gázquez López M, Martínez García E, García García I. Humanization of nursing care: a systematic review. *Front Med (Lausanne).* 2024;11:1446701. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1446701>
29. Lavoie P. Exploring nurses' decision-making through the lens of capability: a framework for understanding autonomy in complex care environments. *J Adv Nurs.* 2026;82(2):1614–27. <https://doi.org/10.1111/jan.17096>

30. Fafa Dartey A, Bella Johnson B, Eyi Klutsey E, Zigah J, Okai B, Ahorli R, et al. Experiences of intensive care unit nurses in end-of-life care at Ho Teaching Hospital, Ghana: a qualitative study. BMC Nurs. 2025;24(1):699. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03226-2>
31. Cáceres Titos MJ, Porras Santana JM, Cabillas Romero MR, García Navarro EB. Managing cultural diversity in end-of-life care: a qualitative study. BMC Palliat Care. 2025;24(1):124. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01759-6>
32. Taşkıran N, Turk G. The relationship between the ethical attitudes and holistic competence levels of intensive care nurses: A cross-sectional study. PLoS One. 2023;18(7):e0287648. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0287648>
33. Kazemiyan R, Arsalani N, Mohammadi Shahboulaghi F, Moghaddam F, Vahedi M. A quasi-experimental study on the impact of a moral motivation program on moral courage among rehabilitation nurses. J Educ Health Promot. 2026;15:11. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1254_24
34. Hwu LJ, Pai HC. Exploring ethical dilemmas and coping strategies in nursing: A focus group study of nurses and nursing students. Nurs Health Sci. 2025;27(2):e70082. <https://doi.org/10.1111/nhs.70082>