



Recibido: 2026-07-31

Aceptado: 2026-08-14

Publicado: 2026-09-02

La bioética en cuidados paliativos: intervenciones técnicas y justicia del paciente terminal desde la teoría del confort de Katherine Kolcaba

Bioethics in palliative care: technical interventions and justice for terminal patients under Kolcaba's Comfort Theory

Autores

Melany Dayana Quicaliquin Guaquipana¹

<https://orcid.org/0009-0007-2843-0562>

mquicaliquin2@indoamerica.edu.ec

Universidad Indoamérica

Quito – Ecuador

Freddy Geovanny Peñafiel Pozo²

<https://orcid.org/0009-0003-4831-3495>

freddypenafiel@uti.edu.ec

Universidad Indoamérica

Quito – Ecuador

Verónica Alexandra Ayala Muñoz³

<https://orcid.org/0009-0006-6917-2013>

vaayala@puce.edu.ec

Pontificia Universidad Católica del

Ecuador

Quito – Ecuador

Bryan Andrés Pozo Chuquín⁴

<https://orcid.org/0009-0003-1499-5547>

bryanpozoch@uti.edu.ec

Universidad Indoamérica

Quito – Ecuador

Resumen

Se analizó la bioética en los cuidados paliativos desde la teoría del confort de Katharine Kolcaba, con el objetivo de profundizar en los dilemas que surgieron entre las intervenciones técnicas avanzadas y la justicia hacia el paciente terminal. Se desarrolló un estudio teórico-analítico de diseño documental con consulta orientadora de literatura científica indexada y documentos normativos de la Organización Mundial de la Salud, el Consejo Internacional de Enfermeras y la World Medical Association, posteriormente examinados mediante análisis crítico de contenido. El estudio mostró que la prolongación tecnológica de la vida no siempre se tradujo en bienestar, porque la obstinación terapéutica, la comunicación insuficiente, la limitada planificación anticipada y la inequidad de acceso a servicios paliativos favorecieron decisiones desproporcionadas que incrementaron el sufrimiento. También se identificó que la teoría del confort permitió integrar las dimensiones física, psicoespiritual, sociocultural y ambiental del cuidado para valorar de forma más precisa la proporcionalidad de cada intervención. Se concluyó que la justicia del paciente terminal exigió decisiones clínicamente prudentes, deliberación ética interdisciplinaria, comunicación honesta con pacientes y familias, y una práctica de enfermería humanizada capaz de subordinar la tecnología al alivio, la dignidad y el bienestar integral en el final de la vida.

Palabras clave: cuidados paliativos; bioética; paciente terminal; teoría del confort; dignidad humana

Abstract

This study analyzed bioethics in palliative care through Katharine Kolcaba's Comfort Theory in order to deepen the dilemmas that arose between advanced technical interventions and justice for terminal patients. A theoretical-analytical documentary study was developed through an orienting consultation of indexed scientific literature and normative documents from the World Health Organization, the International Council of Nurses, and the World Medical Association, which were later examined by means of critical content analysis. The study showed that technological prolongation of life did not always translate into well-being, because therapeutic obstinacy, insufficient communication, limited advance care planning, and inequitable access to palliative services favored disproportionate decisions that increased suffering. It was also identified that Comfort Theory made it possible to integrate the physical, psychospiritual, sociocultural, and environmental dimensions of care in order to assess the proportionality of each intervention more accurately. It was concluded that justice for terminal patients required clinically prudent decisions, interdisciplinary ethical deliberation, honest communication with patients and families, and a humanized nursing practice capable of subordinating technology to relief, dignity, and overall well-being at the end of life.

Keywords: palliative care; bioethics; terminal patient; Comfort Theory; human dignity

Introducción

Los cuidados paliativos constituyen un enfoque de atención integral orientado a prevenir y aliviar el sufrimiento de las personas que viven con enfermedades avanzadas, progresivas o potencialmente mortales. Su finalidad no se limita al tratamiento de síntomas físicos, sino que incorpora necesidades psicológicas, sociales y espirituales, así como el acompañamiento de la familia durante la enfermedad y el duelo. La Organización Mundial de la Salud ha señalado que integrar este tipo de atención en los sistemas sanitarios y, especialmente, en la atención primaria, es una responsabilidad ética de los sistemas de salud, pues el sufrimiento grave relacionado con la salud no puede considerarse una realidad secundaria ni prescindible (Organización Mundial de la Salud, 2018).

En los sistemas sanitarios contemporáneos, el final de la vida se desarrolla en un contexto marcado por un gran desarrollo tecnológico. El uso de ventilación mecánica, soporte hemodinámico, nutrición artificial, diálisis, monitorización continua y múltiples procedimientos invasivos ha ampliado la capacidad de sostener funciones biológicas aun cuando la enfermedad sea irreversible. Sin embargo, esa ampliación de recursos no ha eliminado la vulnerabilidad ni ha resuelto por sí misma el problema del sufrimiento. Por el contrario, ha generado un escenario paradójico: la medicina dispone de más medios para intervenir, pero el incremento de posibilidades técnicas no garantiza que toda intervención sea prudente, beneficiosa o justa para quien se encuentra en etapa terminal (World Medical Association, 2022).

Desde la bioética, esta tensión exige analizar el cuidado más allá del criterio de factibilidad técnica. El principio de beneficencia demanda actuar en favor del paciente; la no maleficencia prohíbe producir daños evitables; la autonomía reconoce el derecho de la persona a participar en las decisiones sobre su tratamiento; y la justicia obliga a ofrecer una atención equitativa y coherente con la dignidad humana. En cuidados paliativos, dichos principios no operan de forma aislada, sino articulada. Una intervención puede ser técnicamente correcta y, al mismo tiempo, resultar desproporcionada si incrementa el sufrimiento, limita el vínculo familiar, deteriora la experiencia subjetiva del paciente o desconoce sus valores y preferencias (World Medical Association, 2022; Consejo Internacional de Enfermeras, 2021).

La justicia, además, no se agota en el plano individual. También incluye una dimensión distributiva y organizacional. Cuando los servicios paliativos son escasos, tardíos o inaccesibles, el paciente terminal suele permanecer atrapado en circuitos hospitalarios altamente tecnificados, donde predominan decisiones orientadas a prolongar funciones biológicas sin asegurar alivio suficiente. En cambio, cuando existe integración temprana de cuidados paliativos, continuidad asistencial y coordinación interdisciplinaria, se incrementa la posibilidad de ofrecer un cuidado proporcionado, centrado en la persona y no únicamente en la enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 2018).

En este escenario, la enfermería ocupa un lugar decisivo. Su cercanía permanente al paciente y a la familia le permite identificar cambios en el confort, detectar sufrimiento refractario, valorar barreras de comunicación, reconocer conflictos éticos emergentes y sostener la dimensión humana del cuidado. El Código de ética del CIE reafirma que la enfermera debe proteger la dignidad, promover los derechos de las personas y ejercer un juicio profesional ético frente a contextos complejos. Esta responsabilidad es particularmente visible en el final de la vida, donde el cuidado cotidiano no consiste solo en ejecutar procedimientos, sino en acompañar decisiones, aliviar síntomas y defender una atención congruente con la voluntad y el bienestar del paciente (Consejo Internacional de Enfermeras, 2021).

La literatura sobre humanización del cuidado ha mostrado que el trato digno, la empatía, la presencia terapéutica, la continuidad relacional y las condiciones organizacionales adecuadas son elementos inseparables de una práctica clínica de calidad. Busch et al. (2019) identificaron componentes relacionales, organizacionales y estructurales de la humanización, subrayando que el respeto por la persona y las condiciones de trabajo del equipo influyen de manera directa en la experiencia asistencial. En una línea semejante, Melita-Rodríguez et al. (2022) y Pabón-Ortiz et al. (2021) destacaron que la comunicación, la capacitación y el apoyo institucional son indispensables para materializar un cuidado realmente humanizado. Así, humanizar en cuidados paliativos no equivale a renunciar al saber técnico, sino a integrarlo dentro de una práctica moralmente sensible.

La comunicación ocupa un lugar central en este problema. La revisión sistemática de Engel et al. (2023) mostró que los pacientes y sus familiares valoran de forma especial la información abierta y honesta, el lenguaje claro, la empatía, la responsabilidad

profesional y el reconocimiento de los allegados en su rol de cuidadores. Estas dimensiones son esenciales en situaciones de terminalidad, porque la ausencia de conversaciones oportunas sobre pronóstico, objetivos de cuidado y límites terapéuticos incrementa la probabilidad de intervenciones no deseadas. Por ello, la calidad comunicativa no puede entenderse como un componente accesorio del acto clínico, sino como una condición de justicia decisional.

La planificación anticipada de cuidados refuerza esta idea. Wilkin et al. (2024), al revisar la perspectiva de la enfermería comunitaria, señalaron que la experiencia, la competencia comunicacional y la confianza profesional influyen en la implementación efectiva de conversaciones anticipadas con pacientes paliativos. Cuando el paciente puede expresar sus valores, temores y preferencias antes de una crisis, resulta más factible alinear la atención con su proyecto vital. En cambio, la ausencia de planificación anticipada favorece decisiones delegadas, apresuradas o dominadas por la inercia clínica, con mayor riesgo de conflicto familiar y de obstinación terapéutica.

Para interpretar estos dilemas desde una perspectiva de enfermería, la teoría del confort de Katharine Kolcaba ofrece un marco especialmente fértil. La autora concibe el confort como un resultado deliberado del cuidado y lo organiza a partir de tres estados —alivio, tranquilidad y trascendencia— que pueden alcanzarse en cuatro contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural y ambiental (Kolcaba, 2003). Esta propuesta desplaza la atención desde el procedimiento aislado hacia la experiencia integral de la persona cuidada y permite valorar si la intervención clínica mejora efectivamente la vivencia del paciente o si, por el contrario, incrementa la carga de sufrimiento.

La vigencia de este marco ha sido reafirmada por la revisión de Lin et al. (2024), que documentó el amplio uso de la teoría del confort en intervenciones, evaluaciones y estudios cualitativos orientados al bienestar de los adultos en distintos contextos de salud. En el ámbito paliativo, su utilidad radica en que permite convertir el confort en criterio clínico y ético a la vez. Bajo esta mirada, el presente artículo tuvo como objetivo analizar los dilemas bioéticos que emergen entre las intervenciones técnicas avanzadas y la justicia del paciente terminal desde la teoría del confort, a fin de fortalecer una toma de decisiones de enfermería humanizada, proporcionada y orientada por la dignidad en el final de la vida.

Materiales y Métodos

Se desarrolló un estudio teórico-analítico con diseño documental e intención interpretativa. El trabajo no pretendió constituirse en una revisión sistemática ni en un metaanálisis, sino en una síntesis crítica orientada a la práctica profesional de enfermería. Su propósito fue integrar aportes teóricos, normativos y empíricos recientes sobre bioética, cuidados paliativos, comunicación clínica, planificación anticipada, humanización del cuidado y teoría del confort, para examinar cómo estos elementos iluminan la tensión entre intervenciones técnicas y justicia del paciente terminal.

Para la construcción del corpus documental se consultaron fuentes científicas indexadas en PubMed y documentos normativos disponibles en sitios oficiales de la Organización Mundial de la Salud, el Consejo Internacional de Enfermeras y la World Medical Association. Se priorizaron artículos y guías publicados entre 2019 y 2025 por su actualidad y pertinencia temática, sin excluir obras fundacionales indispensables, como el texto original de Kolcaba (2003) y la guía de la Organización Mundial de la Salud (2018).

Los criterios de inclusión consideraron: a) documentos centrados en cuidados paliativos, final de la vida, humanización, autonomía, dignidad, sedación paliativa o distrés moral; b) estudios y revisiones con relación explícita con la enfermería o con la toma de decisiones clínicas; y c) publicaciones útiles para interpretar el problema desde una perspectiva bioética y de confort. Se excluyeron documentos duplicados, textos con enfoque ajeno al contexto paliativo y materiales carentes de relación directa con el propósito analítico del estudio.

Como técnica principal se empleó el análisis crítico de contenido. Para ello se organizaron categorías interpretativas previas y emergentes: proporcionalidad terapéutica, obstinación terapéutica, justicia distributiva, autonomía y planificación anticipada, comunicación con paciente y familia, sedación paliativa, distrés moral en enfermería y confort en los contextos físico, psicoespiritual, sociocultural y ambiental. Posteriormente se compararon los aportes de las fuentes seleccionadas con el fin de identificar convergencias, tensiones y vacíos relevantes para la práctica profesional.

El procedimiento analítico siguió cuatro momentos. Primero, lectura comprensiva y extracción de ideas centrales de cada fuente. Segundo, agrupación temática de hallazgos y recomendaciones. Tercero, contrastación entre principios bioéticos y dimensiones del

confort. Cuarto, elaboración de una síntesis argumentativa aplicada al final de la vida, con énfasis en decisiones sobre limitación del esfuerzo terapéutico, continuidad de medidas invasivas y sedación paliativa. Esta secuencia permitió construir un marco integrado entre bioética clínica, enfermería y humanización del cuidado.

Debido al carácter conceptual del estudio, no se incluyeron población, muestra clínicas ni intervención directa con pacientes. Tampoco se realizó recolección empírica de datos. En términos éticos, el trabajo se sustentó en el uso responsable de fuentes académicas y en la fidelidad interpretativa frente a los autores consultados. Su alcance es analítico y reflexivo, por lo que no pretende generalizar resultados estadísticos, sino ofrecer criterios útiles para comprender y orientar decisiones clínicas humanizadas en escenarios paliativos.

Resultados y Discusión

El análisis documental permitió reconocer que la tensión entre intervenciones técnicas y justicia del paciente terminal se organiza alrededor de varios núcleos problemáticos: la proporcionalidad terapéutica, la obstinación terapéutica, la autonomía y la planificación anticipada, la sedación paliativa, la desigualdad de acceso a servicios paliativos, y el papel de enfermería en la preservación del confort y la dignidad. Estos ejes no deben considerarse compartimentos aislados; por el contrario, forman una red de decisiones que se expresan de manera simultánea en la experiencia cotidiana del final de la vida.

Tecnología, finitud y proporcionalidad terapéutica

La medicina contemporánea ha fortalecido de manera notable su capacidad para sostener funciones orgánicas en contextos de enfermedad irreversible. Sin embargo, la posibilidad técnica de prolongar la vida biológica no equivale a una obligación ética de hacerlo en todos los casos. La Declaración de Venecia de la World Medical Association recuerda que la atención al final de la vida debe preservar la dignidad, controlar el sufrimiento y respetar la autonomía del paciente, de modo que el valor moral de una intervención no se define por su sofisticación tecnológica, sino por su contribución real al bienestar y a la calidad de vida (World Medical Association, 2022).

En cuidados paliativos, el criterio de proporcionalidad terapéutica resulta esencial para valorar la pertinencia de los procedimientos. Una medida es proporcionada cuando su carga física, emocional, relacional y económica guarda una relación razonable con los

beneficios esperables para la persona concreta. En cambio, cuando la intervención solo prolonga el proceso biológico de morir, aumenta el sufrimiento o impide metas significativas para el paciente, deja de ser moralmente exigible. Desde esta perspectiva, la justicia no demanda “hacer todo lo posible”, sino “hacer lo adecuado” en función de los fines del cuidado y de los valores del enfermo.

Esta distinción es especialmente importante porque la cultura hospitalaria suele asociar la continuidad de tratamientos con compromiso profesional, mientras que la limitación de intervenciones se interpreta erróneamente como renuncia o abandono. No obstante, la ética paliativa muestra que retirar o no iniciar medidas desproporcionadas no significa desatender al paciente, sino reorientar el esfuerzo clínico hacia el alivio, la presencia y la protección del confort. Lo contrario supone reducir la práctica sanitaria a una lógica exclusivamente biológica, en la que la tecnología se convierte en fin en sí misma y no en medio subordinado al bien del paciente.

Así, la proporcionalidad terapéutica no debe ser entendida como un cálculo abstracto, sino como una deliberación prudencial, contextual y relacional. En ella intervienen el pronóstico, la carga sintomática, las preferencias del paciente, la opinión de la familia, los recursos disponibles y la evaluación interdisciplinaria. En la práctica de enfermería, esta deliberación se hace visible al observar si una intervención permite descanso, reduce dolor, facilita el vínculo afectivo o, por el contrario, aumenta la agitación, el aislamiento y la dependencia tecnológica.

Obstinación terapéutica y daño evitable

Uno de los problemas más reiterados en la literatura revisada es la obstinación terapéutica, entendida como la persistencia en tratamientos sin expectativas razonables de beneficio clínico significativo. Geng et al. (2024) identificaron que los dilemas éticos de la enfermería paliativa se concentran en la comunicación con pacientes y familias, la toma de decisiones sobre autonomía y dignidad, y el distrés moral derivado de la continuidad de prácticas cuestionadas. Este hallazgo refuerza la idea de que la dificultad no reside únicamente en la disponibilidad de recursos, sino en la incapacidad de establecer límites éticos claros cuando la enfermedad ya no responde a medidas curativas.

La obstinación terapéutica genera daño de múltiples maneras. En el plano físico puede traducirse en procedimientos dolorosos, mayor dependencia de dispositivos, pérdida de movilidad y fatiga intensa. En el plano psicoespiritual, prolonga la angustia, posterga

conversaciones significativas, incrementa el miedo y dificulta la elaboración del cierre vital. En el plano sociocultural, altera el rol familiar y puede desdibujar la identidad del paciente, que pasa a ser percibido principalmente como portador de un cuerpo intervenido. Y en el plano ambiental, conduce a la medicalización del entorno, con ruido, alarmas, restricciones y pérdida de intimidad.

Desde la no maleficencia, mantener un tratamiento que añade sufrimiento sin beneficio tangible es una forma de daño evitable. Desde la justicia, someter al paciente a una cadena de procedimientos sin atender su voluntad vulnera su condición de sujeto moral. Por ello, la discusión ética no puede reducirse a la dicotomía entre “seguir tratando” o “dejar de tratar”, sino a la pregunta por el sentido y la finalidad de cada medida. Lo justo no es prolongar el tiempo biológico a cualquier costo, sino procurar el mayor bienestar posible dentro de los límites de la enfermedad.

Este fenómeno también repercute sobre el personal de salud. Lee et al. (2024) mostraron que el cuidado del final de la vida genera distrés moral en enfermeras a partir de factores intrapersonales, interpersonales, organizacionales y estructurales. Ejecutar intervenciones percibidas como no beneficiosas, comunicar decisiones con las que no se está de acuerdo o trabajar en instituciones que privilegian la intensidad terapéutica por encima del confort puede erosionar la integridad moral del profesional. Por eso, combatir la obstinación terapéutica no solo protege al paciente; también resguarda la salud ética del equipo.

Tabla 1

Relación entre las dimensiones del confort y los dilemas bioéticos en cuidados paliativos

Contexto del confort	Dilema bioético frecuente	Orientación para la decisión
Físico	Uso o continuidad de soporte invasivo sin beneficio sintomático claro.	Priorizar alivio, control de síntomas y proporcionalidad terapéutica.
Psicoespiritual	Prolongación de la agonía con aumento de angustia, miedo o pérdida de sentido.	Respetar valores, creencias, deseos y necesidades existenciales del paciente.
Sociocultural	Conflictos entre voluntad del paciente, expectativas familiares y normas institucionales.	Favorecer comunicación clara, deliberación interdisciplinaria y decisiones compartidas.
Ambiental	Medicalización del entorno, pérdida de intimidad, ruido y aislamiento afectivo.	Promover privacidad, acompañamiento, serenidad y continuidad relacional.

Nota/Fuente: Elaboración propia a partir del análisis teórico.

Autonomía, comunicación y planificación anticipada

La autonomía del paciente terminal no se agota en la firma de un consentimiento. Supone la posibilidad real de comprender su situación, recibir información adecuada, expresar

sus valores y participar en las decisiones sobre el curso de la atención. Cuando esto no ocurre, otros actores —familia, profesionales o instituciones— terminan ocupando un espacio decisional que puede alejarse de las preferencias del enfermo. La justicia del paciente terminal exige, por tanto, crear condiciones para que la autonomía sea ejercida de manera efectiva y no meramente formal.

Los hallazgos de Engel et al. (2023) ayudan a precisar qué tipo de comunicación favorece ese ejercicio. Los pacientes y sus familiares valoran la información abierta y honesta, el lenguaje comprensible, la empatía, la responsabilidad profesional y el reconocimiento del familiar cuidador. En términos prácticos, esto significa que la comunicación paliativa de calidad debe combinar veracidad y sensibilidad: informar sin crudeza innecesaria, escuchar sin paternalismo, y acompañar las emociones sin diluir el contenido clínico. La comunicación éticamente adecuada no elimina el sufrimiento, pero evita la confusión, reduce la incertidumbre y permite decisiones más coherentes con los fines del cuidado.

Wilkin et al. (2024) subrayan, además, que la planificación anticipada de cuidados depende en gran medida de la experiencia, las competencias y la confianza de la enfermería, especialmente en el ámbito comunitario. Este hallazgo es relevante porque los profesionales de enfermería suelen ser quienes detectan tempranamente los cambios en el estado funcional, identifican dudas no verbalizadas y sostienen conversaciones continuas con la familia. Fortalecer estas competencias permite pasar de decisiones reactivas, tomadas en crisis, a procesos deliberativos progresivos, donde se exploran preferencias sobre hospitalizaciones, medidas invasivas, lugar de atención y objetivos prioritarios del final de la vida.

La ausencia de planificación anticipada tiene consecuencias éticas importantes. Aumenta la probabilidad de ingresos innecesarios, de tratamientos no deseados y de conflictos entre los familiares respecto a lo que “debería hacerse”. Por el contrario, cuando las preferencias han sido conversadas y documentadas, la trayectoria terapéutica tiende a ser más consistente con el proyecto vital del paciente. La planificación anticipada no asegura la desaparición del conflicto, pero sí ofrece un marco más claro para deliberar con justicia, disminuye la improvisación y protege la autonomía en momentos de especial vulnerabilidad.

Justicia distributiva y acceso equitativo a cuidados paliativos

La justicia del paciente terminal también depende de la estructura del sistema de salud. La OMS ha insistido en que los cuidados paliativos deben integrarse a la atención primaria y formar parte del continuum asistencial, precisamente porque la mayoría de las personas que los necesitan no requieren siempre un especialista, sino acceso oportuno a alivio sintomático, seguimiento y apoyo comunitario (Organización Mundial de la Salud, 2018). Cuando esta integración no existe, se produce una injusticia distributiva: algunos pacientes reciben alivio integral y acompañamiento, mientras otros son sometidos a trayectorias asistenciales fragmentadas, tardías y excesivamente hospitalocéntricas.

Esta brecha repercute de forma directa en la experiencia del final de la vida. Los pacientes con escaso acceso a servicios paliativos tienen más probabilidades de transitar por unidades de alta complejidad, con mayores posibilidades de recibir procedimientos invasivos y menores oportunidades de participar en conversaciones anticipadas. La justicia distributiva exige, por tanto, repensar la asignación de recursos, la formación del personal y la continuidad entre niveles asistenciales. Desde la teoría del confort, la inequidad de acceso también puede entenderse como una fuente de discomfort estructural, porque limita el alivio, la tranquilidad y la posibilidad de vivir la etapa final en entornos significativos.

Los estudios sobre humanización del cuidado refuerzan esta lectura. Busch et al. (2019) muestran que la humanización depende no solo de la actitud individual del profesional, sino también de condiciones organizativas y estructurales. Pabón-Ortiz et al. (2021) destacaron que la falta de capacitación, la sobrecarga laboral y las deficiencias comunicativas dificultan una atención centrada en la persona. En consecuencia, reclamar justicia en cuidados paliativos implica trabajar simultáneamente sobre el vínculo clínico y sobre las decisiones institucionales que hacen posible, o impiden, una práctica humanizada.

Sedación paliativa: límites, criterios y resguardos éticos

La sedación paliativa es uno de los escenarios donde con mayor claridad convergen tecnología, sufrimiento y bioética. Cuando un paciente presenta síntomas refractarios que no responden a otras medidas —como dolor, disnea, delirium o angustia intolerable— la reducción proporcional del nivel de conciencia puede convertirse en una intervención

clínicamente apropiada. La legitimidad ética de esta práctica depende de varios criterios: que el síntoma sea efectivamente refractario, que la intención sea aliviar el sufrimiento y no causar la muerte, que exista consentimiento informado o decisión sustitutiva debidamente fundamentada, y que se documente de forma rigurosa la indicación y el seguimiento (World Medical Association, 2022).

Las recomendaciones expertas revisadas por Ostgathe et al. (2023) resaltan la importancia de definir indicaciones, consentimiento, monitorización, continuidad de otras medidas, apoyo a familiares y acompañamiento al equipo. Esto es particularmente relevante porque, aun cuando la sedación paliativa sea una práctica aceptada dentro del cuidado al final de la vida, persisten confusiones conceptuales y temores morales que pueden retrasar su implementación o conducir a decisiones inconsistentes. En ese sentido, la deliberación interdisciplinaria y la claridad terminológica son componentes centrales de una práctica ética segura.

Desde la teoría del confort, la sedación paliativa no debe interpretarse como una mera suspensión de la conciencia, sino como un recurso excepcional orientado al alivio cuando el sufrimiento ha superado la eficacia de otras estrategias. Su evaluación ética exige valorar si contribuye a la tranquilidad del paciente, si preserva la dignidad, si disminuye la angustia de la familia mediante una adecuada explicación del proceso y si se mantiene dentro del marco de proporcionalidad clínica. Por ello, el problema no es la sedación en sí misma, sino el modo en que se decide, se explica, se ejecuta y se acompaña.

La teoría del confort como criterio integrador para la deliberación ética

La teoría del confort de Kolcaba permite articular de forma especialmente útil la reflexión bioética con la práctica de enfermería. Su aporte principal consiste en considerar que el cuidado debe producir confort como resultado deliberado y evaluable, no como efecto secundario difuso. Ello obliga a examinar cada intervención a partir de tres preguntas implícitas: ¿alivia?, ¿tranquiliza?, ¿favorece la trascendencia? Tales preguntas amplían el razonamiento clínico y permiten escapar de la reducción del cuidado a indicadores exclusivamente biomédicos.

En el contexto físico, el confort se relaciona con el control del dolor, la disnea, las secreciones, el insomnio, la agitación y otros síntomas frecuentes del final de la vida. Una intervención técnicamente intensa solo sería justificable si mejora este ámbito de manera

comprobable. Si, en cambio, incrementa el malestar corporal o obliga al paciente a soportar procedimientos reiterados sin alivio adicional, pierde justificación ética. La justicia del paciente exige aquí reconocer que el dolor no es un costo inevitable del proceso terminal, sino un problema clínico y moral que debe ser tratado con prioridad.

En el contexto psicoespiritual, la teoría del confort invita a atender el miedo, la incertidumbre, la desesperanza, la culpa, la búsqueda de sentido y las creencias que acompañan el proceso de morir. Esta dimensión es crucial porque muchas intervenciones se valoran exclusivamente por sus efectos fisiológicos, dejando fuera la experiencia interior del paciente. Un tratamiento que prolonga días de agonía puede ser fisiológicamente explicable y, sin embargo, psicoespiritualmente devastador. La justicia exige considerar ese sufrimiento invisible y no relegarlo frente a los parámetros biomédicos.

En el contexto sociocultural, el confort incluye las relaciones familiares, los valores personales, la pertenencia cultural, la intimidad y el modo en que la persona desea ser tratada y recordada. Aquí se vuelven especialmente importantes las preferencias sobre quién debe acompañar, cómo se desea comunicar la información, qué prácticas culturales o religiosas se quieren preservar y cuáles son los límites aceptables del soporte tecnológico. La revisión de Lin et al. (2024) confirmó que la teoría del confort ha sido utilizada ampliamente para orientar intervenciones y evaluaciones en salud, precisamente porque ayuda a traducir estas dimensiones en acciones concretas y observables.

Finalmente, el contexto ambiental recuerda que el lugar del cuidado también comunica valores. Un entorno saturado de ruido, restricciones, interrupciones y dispositivos puede intensificar el discomfort, incluso cuando el tratamiento sintomático sea adecuado. Por el contrario, la privacidad, la presencia familiar, la serenidad del espacio y la continuidad relacional favorecen tranquilidad. La bioética del final de la vida necesita incorporar este dato: el ambiente no es decorado, sino parte constitutiva de la experiencia moral del cuidado. Evaluar el confort ambiental permite comprender por qué algunas decisiones técnicamente correctas resultan humanamente inaceptables.

Tabla 2

Estrategias de enfermería para una toma de decisiones éticamente proporcionada

Estrategia de enfermería	Fundamento bioético	Impacto esperado en el confort
Valorar síntomas y metas de cuidado en forma continua	Beneficencia y no maleficencia	Mejora del alivio físico y reducción de intervenciones fútiles.
Facilitar conversaciones anticipadas con paciente y familia	Autonomía y justicia decisional	Mayor tranquilidad, coherencia terapéutica y menor conflicto familiar.
Participar en deliberaciones sobre limitación del esfuerzo terapéutico	Proporcionalidad y justicia	Disminución de obstinación terapéutica y del sufrimiento evitable.
Adecuar el ambiente de cuidado para privacidad y acompañamiento	Dignidad y humanización	Mayor serenidad ambiental y sostén socioafectivo.
Solicitar apoyo institucional y espacios de reflexión ética	Cuidado del profesional y responsabilidad organizacional	Reducción del distrés moral y mayor calidad del cuidado.

Nota/Fuente: Elaboración propia a partir de Kolcaba (2003), Busch et al. (2019), Geng et al. (2024) y Wilkin et al. (2024).

Implicaciones para enfermería: cuidado humanizado y distrés moral

La enfermería no es un actor periférico en estas decisiones, sino un agente central de valoración, acompañamiento y abogacía clínica. La revisión de Geng et al. (2024) mostró que los dilemas éticos de la práctica paliativa se concentran en la comunicación, la autonomía, la dignidad y el distrés moral. Ello significa que el profesional de enfermería necesita no solo competencias técnicas, sino también habilidades deliberativas, comunicacionales y reflexivas para sostener el cuidado en escenarios de alta vulnerabilidad.

Julca-Lázaro y Guzmán-Ávalos (2024) subrayan que el cuidado humanizado relacionado con principios bioéticos exige reconocer al paciente como persona integral y no como conjunto de funciones alteradas. Melita-Rodríguez et al. (2022) añadieron que los indicadores de cuidado humanizado incluyen tanto la entrega directa del cuidado por parte de la enfermera como el fortalecimiento institucional que hace posible ese cuidado. En otras palabras, la humanización depende de la ética del profesional, pero también de la organización del trabajo, la carga asistencial, la formación disponible y el respaldo del equipo interdisciplinario.

El distrés moral descrito por Lee et al. (2024) permite comprender por qué muchas decisiones sobre el final de la vida no se resuelven únicamente con protocolos. Cuando la enfermera percibe que una intervención añade daño, pero no dispone de espacios seguros para expresar su valoración, puede experimentar impotencia, culpa, agotamiento

y pérdida de sentido profesional. Este fenómeno repercute en la calidad del cuidado y en la permanencia del personal. De ahí la necesidad de promover reuniones de caso, deliberación interdisciplinaria, educación ética continua y liderazgo sensible a la experiencia moral de quienes cuidan.

En términos prácticos, una enfermería orientada por la teoría del confort puede desempeñar varias funciones estratégicas: valorar síntomas y fuentes de discomfort, identificar incoherencias entre objetivos terapéuticos y experiencia del paciente, facilitar conversaciones difíciles, acompañar a la familia en el proceso de comprensión del pronóstico, y promover ambientes más serenos y respetuosos. Todo ello convierte a la enfermería en puente entre el razonamiento clínico y la vivencia humana del final de la vida.

Limitaciones y perspectivas

El presente trabajo tiene limitaciones inherentes a su naturaleza documental y teórico-analítica. No incorpora datos empíricos de pacientes, familiares o profesionales procedentes de un contexto clínico específico, ni pretende reemplazar la complejidad del juicio situado que exigen los casos reales. Asimismo, aunque se consultaron fuentes científicas y normativas pertinentes, el procedimiento se desarrolló con finalidad interpretativa y no con la exhaustividad metodológica propia de una revisión sistemática. Con todo, el análisis permite delinear orientaciones valiosas para la práctica y para futuras investigaciones. Sería pertinente desarrollar estudios cualitativos y mixtos que exploren cómo perciben los pacientes y las familias la proporcionalidad terapéutica, así como investigaciones aplicadas que evalúen el uso de la teoría del confort en protocolos de planificación anticipada, deliberación ética y control sintomático. También se requieren estudios institucionales sobre distrés moral en enfermería, impacto de la comunicación interdisciplinaria y barreras organizacionales para una atención paliativa temprana y equitativa.

Aportes prácticos para la toma de decisiones en enfermería paliativa

Desde una perspectiva aplicada, la deliberación ética en cuidados paliativos mejora cuando se articula con valoraciones clínicas sistemáticas del confort. Esto implica que las decisiones no se basen solo en diagnósticos o pronósticos, sino también en observaciones repetidas sobre dolor, disnea, ansiedad, tolerancia al entorno, capacidad de interacción y prioridades expresadas por el paciente. En este punto, la enfermería puede traducir señales

clínicas y emocionales en información útil para el equipo, evitando que la discusión ética se separe de la experiencia real del enfermo.

Un primer aporte práctico consiste en distinguir con claridad entre intensificación del cuidado y aumento de la invasividad. Es posible intensificar el cuidado mediante mejor analgesia, mayor presencia profesional, comunicación más frecuente, adecuación del entorno o mayor apoyo a la familia, sin incrementar el número de procedimientos invasivos. Esta distinción es decisiva porque con frecuencia se asume que “hacer más” significa incorporar más tecnología, cuando en realidad un cuidado más intenso y más humano puede requerir menos intervenciones agresivas y más recursos relacionales.

Un segundo aporte se refiere al modo en que se estructuran las reuniones de caso. La deliberación interdisciplinaria gana profundidad cuando incluye, además del estado clínico y del pronóstico, preguntas concretas sobre el confort: qué genera alivio, qué intensifica la angustia, qué preferencias ha expresado el paciente, qué conflictos percibe la familia y qué intervenciones parecen ya desproporcionadas. Formular estas preguntas de manera explícita reduce la posibilidad de que la discusión quede capturada por la lógica exclusivamente biomédica o por la presión emocional del momento.

Un tercer aporte se relaciona con la documentación. Registrar objetivos de cuidado, criterios de proporcionalidad, acuerdos con la familia y respuestas sintomáticas del paciente permite sostener decisiones éticas consistentes en el tiempo. La documentación no debe verse solo como requisito administrativo, sino como instrumento de continuidad asistencial y protección moral del equipo. Cuando los objetivos están claramente consignados, disminuye la probabilidad de reiniciar procedimientos fútiles por inercia, rotación del personal o temor a la omisión.

También resulta necesario reconocer que la familia no es únicamente acompañante, sino parte del universo de cuidado. La justicia del paciente terminal no se opone al acompañamiento familiar; por el contrario, se fortalece cuando la familia comprende el sentido de las decisiones, participa en la información y recibe apoyo emocional adecuado. No obstante, esta participación requiere límites éticos claros: la familia debe ser escuchada y acompañada, pero sin sustituir la voluntad del paciente cuando esta ha sido expresada de forma competente y suficiente.

En escenarios donde no existen voluntades anticipadas formalizadas, la enfermería puede contribuir mediante reconstrucción narrativa de preferencias. Conversaciones previas,

valores habituales, creencias religiosas, rechazos expresados a determinadas medidas o deseos sobre el lugar de atención pueden orientar decisiones sustitutas más fieles a la identidad de la persona. Este trabajo requiere sensibilidad ética y una escucha cuidadosa, porque la meta no es proyectar deseos ajenos sobre el paciente, sino aproximarse de la forma más prudente posible a lo que él o ella habría considerado aceptable.

Finalmente, la implementación de una práctica paliativa justa demanda cultura institucional. No basta con disponer de profesionales bien intencionados si la organización premia la continuidad de tratamientos por defecto, dificulta la comunicación interdisciplinaria o invisibiliza el distrés moral del equipo. La humanización requiere liderazgo, protocolos flexibles, formación continua y espacios de reflexión que legitimen la pregunta ética. En este sentido, la teoría del confort aporta un lenguaje compartido que puede ayudar a transformar valores abstractos en criterios operativos de cuidado.

En términos de política institucional, ello implica disponer de rutas de atención paliativa temprana, protocolos flexibles para control sintomático, registros claros de preferencias del paciente, acompañamiento a las familias y estrategias de cuidado del equipo. Una institución que solo invierte en tecnología, pero no en alivio, deliberación y cuidado relacional, termina produciendo respuestas incompletas frente al sufrimiento terminal. Por tanto, la justicia del paciente terminal también se juega en la capacidad organizacional de convertir la compasión, la prudencia y la dignidad en prácticas sostenidas y evaluables. Del mismo modo, el liderazgo clínico e institucional cumple una función decisiva. Las jefaturas y coordinaciones de servicio deben facilitar reuniones de caso, respaldar la limitación de medidas desproporcionadas cuando están éticamente justificadas y promover ambientes donde la enfermería pueda expresar preocupaciones morales sin temor a desautorización. La humanización del final de la vida no prospera en culturas punitivas o jerárquicas que silencian la experiencia del cuidado directo. Necesita estructuras de apoyo, canales de comunicación y criterios compartidos entre disciplinas.

Formación bioética, liderazgo clínico y políticas institucionales

La formación bioética útil para cuidados paliativos debe ir más allá de la enseñanza abstracta de principios. Requiere entrenamiento en deliberación de casos, comunicación de malas noticias, exploración de valores, documentación de objetivos de cuidado y manejo del conflicto familiar. También necesita integrar marcos propios de la disciplina,

como la teoría del confort, que permiten traducir los grandes principios en indicadores concretos de bienestar. Cuando la formación articula teoría, experiencia clínica y reflexión ética, aumenta la seguridad profesional y mejora la coherencia de las decisiones. El fortalecimiento de la atención paliativa no depende exclusivamente del juicio individual del profesional, sino de procesos sostenidos de formación y liderazgo clínico. La Declaración de Venecia subraya la necesidad de que los profesionales de la salud reciban educación específica en atención al final de la vida, comunicación y planificación anticipada. Esta recomendación es particularmente importante en enfermería, porque gran parte de las decisiones difíciles se materializan en el contacto cotidiano con el paciente y su familia. Sin formación bioética suficiente, la práctica corre el riesgo de oscilar entre el tecnicismo y la improvisación moral.

Conclusiones

Los cuidados paliativos exigen que la toma de decisiones clínicas se fundamente en la proporcionalidad terapéutica y en el respeto irrestricto por la dignidad del paciente terminal. La existencia de recursos tecnológicos avanzados no convierte automáticamente su uso en una obligación moral. La justicia del final de la vida demanda discernir si cada intervención alivia, tranquiliza y protege a la persona o si, por el contrario, añade sufrimiento, prolonga la agonía y desfigura el sentido del cuidado.

La teoría del confort de Katharine Kolcaba ofrece una estructura especialmente útil para este discernimiento, porque permite valorar la atención desde dimensiones físicas, psicoespirituales, socioculturales y ambientales. Bajo esta perspectiva, el bienestar integral se convierte en criterio clínico y ético. La justicia del paciente terminal deja de entenderse como simple acceso a procedimientos y pasa a expresarse también en el alivio del dolor, la posibilidad de participar en decisiones, la preservación de vínculos significativos y el derecho a transitar el final de la vida en condiciones de serenidad y respeto.

El análisis evidenció que la obstinación terapéutica, la falta de comunicación honesta, la planificación anticipada insuficiente y la inequidad estructural en el acceso a servicios paliativos favorecen decisiones desproporcionadas. También mostró que la enfermería desempeña un papel decisivo en la detección de necesidades, la mediación

con la familia, la defensa del confort y la humanización del cuidado. Por ello, fortalecer la formación bioética, la deliberación interdisciplinaria y el liderazgo ético de enfermería resulta imprescindible para mejorar la calidad de la atención paliativa.

Se concluye que una práctica paliativa justa y humanizada requiere subordinar la tecnología al bienestar integral del paciente, integrar tempranamente la atención paliativa en los servicios de salud, consolidar procesos de comunicación y planificación anticipada, y generar condiciones organizacionales que protejan tanto la dignidad del enfermo como la integridad moral del equipo. En ese horizonte, la teoría del confort no actúa solo como marco conceptual, sino como guía concreta para sostener una atención compasiva, prudente y éticamente proporcionada en el final de la vida.

Referencias Bibliográficas

- Allande-Cussó, R., et al. (2025). The impact of humanising hospital care on health outcomes: an observational study protocol. *BMC Nursing*.
<https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-025-03105-w>
- Busch, I. M., Moretti, F., Travaini, G., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2019). Humanization of care: Key elements identified by patients, caregivers, and healthcare providers. A systematic review. *Patient*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31203515/>
- Chang, S. Y., et al. (2025). A Systematic Review and Meta-Analysis of Footbath Effects and Optimal Procedures to Improve Sleep in Older Adults. *Journal of Clinical Nursing*.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12449616/>
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2021). *Código de ética del CIE para las enfermeras*.
<https://www.icn.ch/es/recursos/publicaciones-e-informes/codigo-de-etica-del-cie-para-las-enfermeras>
- Lin, Y., Zhou, Y., Chen, C., Yan, C., & Gu, J. (2024). Application of Kolcaba's comfort theory in healthcare promoting adults' comfort: A scoping review. *BMJ Open*, 14(10), e077810.
<https://bmjopen.bmj.com/content/14/10/e077810>
- Lin, Y., et al. (2023). Interventions and practices using Kolcaba's comfort theory in healthcare settings. *International Journal of Nursing Studies*.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9987143/>
- Momeni, F., et al. (2024). Application of Kolcaba's comfort theory in clinical nursing practice. *Medical Journal of Clinical Nursing*.
<https://brieflands.com/articles/mcj-164332>
- Milne-Ives, M., et al. (2022). Humanizing health and social care interventions: A scoping review protocol. *JMIR Research Protocols*.
<https://www.researchprotocols.org/2022/5/e31720>

- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Integrating palliative care and symptom relief into primary health care*.
<https://iris.who.int/items/e0903b64-5f37-4860-ad13-edbef58bd031>
- Padilla-García, C. I., et al. (2024). Technological mediation and humanization of nursing care. *Revista Colombiana de Enfermería*.
<https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/3537/3075>
- Reyes-Téllez, Á., et al. (2024). Humanization of nursing care: A systematic review. *Frontiers in Medicine*.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2024.1446701/full>
- World Medical Association. (2022). *WMA declaration of Venice on end-of-life medical care*.
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-venice/>

Contribuciones de los autores:

Melany Dayana Quicaliquin Guaquipana¹: Conceptualización del estudio, supervisión del proyecto, validación científica y revisión crítica del manuscrito.

Freddy Geovanny Pañafiel Pozo²: Investigación, búsqueda y recopilación bibliográfica, análisis de la literatura científica y redacción del borrador original.

Verónica Alexandra Ayala Muñoz³: Investigación, organización y análisis de la información científica, apoyo en la redacción y revisión del manuscrito.

Bryan Andrés Pozo Chuquín⁴: Diseño metodológico, validación de contenidos, revisión crítica, corrección académica y gestión del proyecto.

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no existe conflicto de interés