

Ciclo de Complementación Curricular
Licenciatura en Enfermería
Trabajo Final Integrador

Autor: Marcelo Olivera

EL EUFEMISMO EXISTENCIAL DE ENFERMERÍA

Barreras de bloqueo frente al atentado del
narcisismo existencial

2024

Tutora: Lic. Doris Romero

Citar como: Olvera M. El eufemismo existencial de enfermería: barreras de bloqueo frente al atentado del narcisismo existencial. [Trabajo Final de Grado]. Universidad ISALUD, Buenos Aires; 2024.
<http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/2712>

Índice

RESUMEN	3
Introducción	4
Planteamiento del Problema	6
Pregunta Problema	6
Objetivos	6
Objetivo general:	6
Objetivos específicos:	6
Marco teórico	8
Antecedentes	8
Marco Metodológico	14
Tipo de investigación	14
Población y Muestra	14
Presentación de los resultados	15
Presentación de los resultados	16
Conclusiones	33
Plan operativo	36
Bibliografía	37
Anexos	39

Ciclo de Complementación Curricular de la Licenciatura de Enfermería

El eufemismo existencial de enfermería Barreras de bloqueo frente al atentado del narcisismo existencial

Autor: Marcelo Olivera
Docente: Dra. Doris Romero
Julio 2024

RESUMEN

El objetivo central de la obra es determinar que la sobrexposición del personal de enfermería ante el dolor y la muerte en pacientes oncológicos, de una Institución pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires genera barreras de bloqueo psicoemocionales, inconscientes, tendientes a la protección del Ello. El trabajo se fundamenta desde dos aspectos: el primero desde las teorías existencialistas de autores como Sigmund Freud, Sören Kierkegaard, Martin Heidegger, del lenguaje de Ferdinand de Saussure y las reflexiones humanísticas de Paterson JE, Zderad. En segunda instancia, en la validación de los datos obtenidos bajo la metodología de diseño de investigación explicativo cualitativo, estudio etnográfico. El universo se encuentra conformado por 19 enfermeros del equipo de SADOFE. La muestra es de 6 enfermeros, los cuales representan los informantes claves. La recolección de datos se realizó a partir de la interacción durante las entrevistas en profundidad, donde la finalidad es no solo escuchar y registrar lo que expresa el entrevistado sino también observar su comportamiento durante la misma. Como resultado se obtuvo que en cuanto a la categoría “situaciones laborales que generan angustia existencial” podemos mencionar que existen una multiplicidad de elementos, internos y externos del profesional de enfermería capaces de generar un estado de angustia existencial; en cuanto a la categoría “barreras de bloqueo emocional” queda en claro que la existencia de la misma produce un conjunto de reacciones psicofísicas como consecuencia del abordaje de la afección sin alteración del cuidado; por último, en la categoría “barreras de bloqueo psicoemocionales” se revela y explica la aparición de sentimientos existencialistas que son utilizados como herramientas de defensa del “YO” ante el intenso saqueo al narcisismo existencial del inconsciente.

La hipótesis planteada al inicio de la investigación, queda comprobada en su totalidad.

Palabras claves: Eufemismo existencial de enfermería, condicionantes de la angustia existencial, barreras de bloqueo, narcisismo existencial.

Introducción

El “eufemismo existencial de enfermería” es la representación metafórica de la capacidad de supervivencia del “Ello” mediante sus pulsiones, en donde el límite es impuesto por el “YO” estableciendo recursos tendientes a la protección psicoespiritual del profesional de enfermería frente a las investidas constantes de la representación de la muerte y la inexistencia.

Como seres sociales somos la construcción de un “otro” y es ahí, donde la sobreexposición ante las situaciones de dolor y muerte, genera a nivel inconsciente, estrategias de preservación del narcisismo existencial, el cual nos permite mediante una serie de instrumentaciones del “Yo”, generar barreras de bloqueo psicoemocionales como forma de “control” de esa angustia existencial.

Desde rol de enfermero y trabajando en el área de oncología, observé y experimenté, la naturalización “aparente” del sufrimiento del otro y la muerte, situaciones que generaron a nivel personal, la necesidad de explicar y darle sentido a estas latencias. Es necesario diferenciar las emociones, que son descargas de energía momentáneas conformante del mundo del “Ello” y los sentimientos, que son esa experimentación de emociones racionalizadas por el “YO” que determinan el comportamiento visible de las personas.

Los seres individuales son similares en cuanto a su esencia, es decir, al sentimiento oculto y desprevenido del ELLO. Gracias a compartir esa codificación primitiva, lo que compartimos no es más que las mismas dolencias y finitud con todas sus inquietudes, angustia y temores. Dicha correlación existencial, permite replantearnos si sus actitudes frente a éstas situaciones son conscientes o por el contrario, son la manifestación existencialista del instinto de supervivencia frente al atentado del “narcisismo existencial” del ser humano en su versión más primitiva, es decir, del ELLO a través de un conjunto de mecanismos de supervivencia del esquema psíquico.

El proceso de atención de enfermería y su aplicabilidad durante mis quehaceres diarios en cuidados oncológicos, me permite observar y analizar ciertos comportamientos propios y ajenos, que “naturalizamos” frente a situaciones en donde las circunstancias atentan contra el narcisismo existencial de la humanidad, o sea, contra nuestra propia existencia.

El valorar, con la perspectiva del cuidar y desde una visión filosófica, psicológica y antropológica, la dinámica de los enfermeros frente a temas álgidos

como el dolor, la muerte, la fragilidad de la existencia y el olvido, me generó la curiosidad y la necesidad de comprender cuál es el origen, a nivel psicológico, de ciertas posturas y su alcance sobre los cuidados de enfermería, diagnosticando una hipótesis que, durante el desarrollo del trabajo quedará sujeta a continuos enfrentamientos bibliográficos y del material concluyente de las entrevistas anónimas.

Durante la elaboración del trabajo no se busca describir cuáles son las formas de despersonalización del cuidado, que es el elemento consecuencia, sino más bien, lo que se busca es dar sentido al conjunto de elementos de subconsciente tendientes a la generación de barreras de protección del “yo” (causa y objeto de estudio).

La planificación es la etapa más delicada del trabajo, ya que no solo requiere del abordaje del problema de manera práctica, sino que implica, además, recolectar información bibliográfica de autores que abordan éstas temáticas existenciales, con toda su complejidad poética.

En la ejecución del instrumento, se recolectará información tendiente a verificar o vetar la idea rectora de ésta tesina a partir de la concreción de los objetivos, lo que permitirá al lector evaluar, en conjunto con el autor, si existen barreras psicoemocionales de preservación del yo tendientes a la despersonalización de los cuidados, no por apatía sino por autoprotección de la idea de eternidad del ser. Cabe mencionar que durante las entrevistas se podrán apreciar las sutiles diferencias conceptuales entre las emociones y las barreras psicoemocionales radicadas en lo profundo del “Ello” protegidas por el “YO”

El control atraviesa cada etapa de validación del trabajo ya que una etapa requiere de la concreción de la anterior para la elaboración de la misma, utilizando la evaluación continua como instrumento fundamental para evitar la aparición de sesgos que generen desvíos en la elaboración, corroboración de la hipótesis y defensa la misma.

Planteamiento del Problema

Durante el desenvolvimiento de mi actividad profesional he observado que mis compañeros de servicio y, posteriormente yo, “naturalizamos” el dolor y la muerte, lo cual me generó muchas inquietudes y curiosidades debido a que necesariamente experimenté, en primera persona, un cambio postural respecto a mis quehaceres de enfermero en relación a los pacientes en fin de vida, no por alterar la calidad de los cuidados sino por “entender” que lo que sucede es porque “debe ser así”, por lo cual, necesité saber qué sucedía en mi inconsciente que mi consciente no lograba explicar, lo que me llevó a la siguiente pregunta:

Pregunta Problema

¿Son las barreras de bloqueo psicoemocional la forma adaptativa y existencialista de autoprotección del “Yo” frente a situaciones de dolor, muerte, finitud e inexistencia del ser que generan, de manera inconsciente, despersonalización no abandonica?

Objetivos

Objetivo general:

Determinar que la sobrexposición del personal de enfermería ante el dolor y la muerte en pacientes oncológicos, de una Institución pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, genera barreras de protección psicoemocionales del “YO” tendientes a la preservación del “ELLO” y como consecuencia la despersonalización no abandonica.

Objetivos específicos:

- Explicar cuáles son las situaciones laborales que generan la angustia existencial.
- Señalar la despersonalización, actitudinal no abandonica, del cuidado como consecuencia de la autoprotección frente a la finitud y la inexistencia del ser humano.
- Indagar sobre cuáles son las barreras de bloqueo psicoemocionales que emergen del narcisismo existencial del ser humano frente al dolor y la muerte en el personal de enfermería.

Hipótesis

La relación conductual del personal de enfermería, ante el dolor y la muerte de pacientes oncológicos son el resultante de un conjunto de artilugios de autoprotección del “YO” frente al atentado situacional del narcisismo existencial, la finitud y la inexistencia misma. Cabe mencionar que ésta hipótesis, debido al tipo de investigación que es, está sujeta a modificaciones, cambio o anulación durante el desarrollo de la investigación.

Justificación

Cuando se habla de “ la despersonalización de los cuidados”, del personal de enfermería, siempre nos enfocamos a los típicos elementos causales: sobrecarga laboral, falta de incentivos, carencia de insumos y recursos y bajos salarios, entre otros tantos otros aspectos que pueden desmotivar al enfermero durante el ejercicio de su profesión e incluso generarle Burnout, pero éste trabajo pretende, como búsqueda personal, ir más allá de las obviedades e intentar comprender y explicar cómo la psiquis del personal de salud reinterpreta la realidad de su función generando sentimientos y emociones tendientes a sobrellevar las situaciones de dolor y muerte.

La investigación tiene como fundamentación existencial sentar precedentes sobre aquellos aspectos poco hablados dentro de los servicios de enfermería, permitiendo así, generar actividades de abordaje interdisciplinario tendientes a disminuir el impacto psicoemocional del profesional de enfermería consecuencia del atentado del narcisismo existencial.

Alejarse no es no querer, es evitar darme cuenta que puedo ser el otro...

Marco teórico

Para comenzar el marco teórico, cabe mencionar que no se han encontrado, pese a la búsqueda exhaustiva, antecedentes sobre “Barreras de bloqueo frente al atentado del narcisismo existencial de enfermería” pero si se han encontrado algunos artículos individuales en donde se plantean el eufemismo y el existencialismo en relación al ámbito hospitalario. A continuación, se hará una reseña de ellos:

Antecedentes

Rodríguez Infantes JA. 2019. “La prescripción enfermera. Historia de un eufemismo “La prescripción enfermera. Historia de un eufemismo. España.

En dicho artículo se plantea un eufemismo lingüístico conceptual. Los enfermeros, en España, están habilitados, por Ley, a diagnosticar y prescribir ciertos medicamentos y productos sanitarios, pero, en el ámbito médico hegemónico y por intereses de supremacía académica se sustituye la palabra “prescribir” por “indicar” dejando la primera como potestad de otros especialistas en salud, buscando minimizar el hecho de prescribir al de indicar. “Indicar” indica cualquier persona porque es como “señalar”, pero “prescribir” solo el médico y es ahí en donde el giro conceptual desvaloriza el acto académico y legal de prescripción de enfermería.

Ciurana Misol Ramón. Barcelona, España. La buena muerte: ¿Eufemismo u objetivo evaluable?

El artículo plantea que no existe un consenso social sobre de “la buena muerte” siempre y en cuanto la muerte exceda el carácter natural, visto como la ausencia de dolor y padecimiento. La muerte digna no existe ya que implica: puede escoger cómo morir (excepto algunos suicidas) y que la muerte en sí no es un acto meritorio. En fin, la idea de la muerte digna es un eufemismo porque no es susceptible a elección o merito, solo es un ideal que nos aparta del sufrimiento, pero no del fin que es el mismo sea cual sea el camino.

Silva CG y otros. Investigación entre Brasil y España. Ser el paciente renal crónico desde la perspectiva de la enfermera: una mirada existencialista en el develar de la evidencia cualitativa.

En éste trabajo de investigación, se trabaja sobre el estado de angustia y ansiedad del pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC), con la única posibilidad inmediata de supervivencia el tratamiento sustitutivo renal (TSR), donde pudieron observar un conjunto de emociones que mostraban que la existencia del paciente se veía afectado por el diagnóstico de la patología, las limitaciones consecuencia del tratamiento y a la representación personal de la muerte, en dicho punto en emergen emociones como temor, miedo, ansiedad, ira, descontento, desinterés, entre otras; así como otras positivas como la esperanza, la predisposición y el interés, todas ellas tendientes a preservar la supervivencia.

Contextualización del Tema

Para continuar con el marco teórico, base de esta investigación, se definirán, a continuación, algunos conceptos que son necesarios para comprender el desarrollo del mismo.

Según la Real Academia Española (RAE) el eufemismo es la “Manifestación suave o decorosa de ideas cuya recta y franca expresión sería dura o malsonante”, es decir, una especie de “disfraz” de la verdad, en relación con enfermería podemos redefinirla como la capacidad de los profesionales de enfermería tendiente a demostrar que lo que le sucede al otro es normal y no es susceptible de afección, apariencias.

Las barreras de bloque psicoemocional son un conjunto de artilugios propios del “YO” tendientes a tensionar la castración del “Ello” frente a la supervivencia del mismo.

Adentrándonos a las teorías que sustentan ésta investigación también arrojaremos luz sobre los tres conceptos Freudianos claves para éste análisis que son el "Ello", el "Yo", el "Súper yo" y el "Ideal del yo".

El "ello" es el estado inconsciente de la psiquis que comprende las pulsiones sexuales y la libido rigiéndose por el principio de placer. El "Yo" es la parte consciente, representa la realidad y rige las pulsiones, principio de realidad. El "Súper yo" es el perfil de la construcción moral y el "Ideal del yo" es la meta psicológica del por qué y para que existo.

Sigmund Freud expresa en su obra: “Psicología de las masas y análisis del yo”: “Ningún hombre soporta una aproximación demasiada íntima a los demás”.

Pero ¿qué quiere decir Freud con la anterior afirmación?

Para adentrarnos en la interrelación conceptual comenzaremos mencionando a Friedrich Nietzsche en su obra *Obra: "Sobre la verdad y la mentira en sentido extramoral"* establece que los seres en sociedad surgen a partir de la codificación de un lenguaje universal estableciendo, posteriormente, sociedades con estructuras en donde los patrones de convivencia son las objetivaciones de las subjetivaciones de varios individuos que, por consenso, acuerdan las características del objeto, su naturaleza y las normas sociales de convivencia.

Es a partir de ésta generación de lazos sociales que la persona comprende que es el producto de un "otro" y en dónde, por decantación, si el otro experimenta pánico existencial yo, de manera inconsciente también la experimento porque lo que le sucede al otro me puede suceder a mí.

Puntualizando en los aspectos sociológicos podemos aportar aspectos de la teoría humanista de Paterson y Zderad descrita en su libro *"Enfermería humanística"* en donde expresan que la experiencia del quehacer enfermero es el resultante de la interrelación entre el paciente y al profesional en donde a partir de un dialogo vivo se generan un conjunto de competencias para ambos que serán la base de la relación del cuidado.

Freud en su obra *"Psicología de las masas y análisis del yo"* establece que los individuos de la comunidad, en continua transformación, pierden su "alma", al fundirse en el alma colectiva, despojándose de la identidad propia mencionando, que no pueden desentrañarse de sus "innumerables residuos ancestrales que constituyen el alma de la raza", con lo cual, pone en claro manifiesto la existencia oculta y en penumbras del instinto libidinoso (energía vital).

Pero ¿qué produce la aparición de los bloqueos psicoemocionales ante el idealismo de la finitud e inexistencia?

Según Freud establece que una de las tres fuentes de sufrimiento humano es la condición biopsicológica del ser, en dónde, la representación de la angustia existencial no es más que la forma en la cual el "Ello" enviste las estrategias de opresión del "Yo" generando manifestaciones de bloqueo ante el dolor y la muerte, tendientes al equilibrio psíquico y la censura de las pulsiones, es decir las funciones del placer y displacer, mencionadas en su obra *"el Ello y el Yo"*.

Cuando el hombre percibe situaciones que atentan contra el narcisismo existencial, se produce la desmaterialización retórica de la concepción homocentrista del hombre, en donde la eternidad e invencibilidad son sus cimientos.

La angustia existencial es la expresión narcisista inconsciente que emerge del significado significante, elaborado en la teoría del autor Ferdinand de Saussure (1945) en su obra "Curso de lingüística general", es decir, de la adecuación del concepto, se puede comprender que como consecuencia de la producción del lenguaje, la comunicación y entender lo que le sucede al otro, no es más que movilizar esos supuestos establecidos en el subconsciente a tal punto que su aparición, una vez comprendido los conceptos de sufrimiento y muerte, son generadores del síndrome de angustia existencial de los profesionales de enfermería en relación a los cuidados de pacientes oncológicos y en especial en fin de vida.

Dicha condición es innata y habita en el inconsciente, por lo cual, y en base a su instinto de preservación, no autopercebe la finitud ni la inexistencia misma. Cuando el "Yo" reprime los instintos salvajes del "Ello" establece una serie de estrategias adaptativas, bloqueos psicoemocionales, tendientes al control de la "angustia neurótica", que es la manifestación psicológica del "Yo" frente a la intensidad de las pulsiones del "Ello" en interpolación con la del "ideal del yo" durante su proceso de excitación y latencia. Durante ese proceso, el "Ello" se ve amenazado por los ideales de la finitud y la inexistencia que truncan, de manera categórica, el idealismo de supervivencia de la raza, es decir, el narcisismo primitivo.

Sören Kierkegaard (1927), en su obra "El concepto de la angustia" dice que: "la angustia no se da por algo exterior o por algo que esté fuera del hombre, sino que la fuente de esta angustia es el hombre mismo. De ahí que la angustia kierkegaardiana se presente como "el estado en el que las máscaras con las que vive el sujeto para darse una identidad, caigan."

Si hacemos un paralelismo entre los dichos de Freud y los de Soren podemos deducir a grandes rasgos, que son las berreras de bloqueo psicoemocional la forma adaptativa y existencialista de autoprotección del "Yo" frente a situaciones de dolor, muerte, finitud e inexistencia del ser, que generan de manera inconsciente, "mascaras" tendientes a la abstracción personalísima ante situaciones de peligro existencial como es la muerte.

Martin Heidegger (1979) establece una relación entre el ser, el tiempo y la muerte, en su obra: "El ser y el tiempo", en donde expresa que la esencia misma del hombre es su existencia y define que la muerte es la culminación inevitable y angustiante del Dasein "ser ahí"; concepto que nuevamente deja entrever la existencia de "estrategias de sostén" del "Desein" para la supervivencia diaria del ser humano frente a la inexistencia segura (estructuras de sostén).

Después de haber expuesto las diversas perspectivas de los autores y, tomando como autor base a Freud, se puede observar que todos consideran que el ser humano tiene un estado de inconsciencia, es decir de plena libertad, que es “condicionado” por el estado del “Yo” que, al enfrentarse a situaciones vinculadas a la extinción de un “otro” genera una conmoción en la psiquis primitiva, emergiendo desde el inconsciente, la angustia existencial por proyección y traslación del dolor existencial de los pacientes.

A través de aquellas situaciones, los enfermeros generamos de manera inconsciente, mecanismos tendientes a la preservación de la integridad holística primitiva, es decir, las barreras de bloqueo emocional, las cuales pueden representarse como: evasión, minimización o abstracción de la realidad.

La **evasión** hace referencia a la condición por la cual el “Yo” entiende, que la sobreexposición ante el dolor, atenta contra la represión del “Ello” y esquivo las situaciones que colocan al enfermero ante realidades potencialmente dañinas; cuando se alude la **minimización**, se hace referencia a la capacidad del “Yo” de justificar la situación del otro desde un aspecto filantrópico y/o espiritual, entendiendo que el fin es la “mejor solución”, y por último, la **abstracción**, que es la estrategia por la cual el “Yo” maneja las pulsiones por sinergia, siendo la atención indiferente pero no abandonica, cumpliendo con las funciones pero sin lenguaje emocional.

Las barreras de bloqueo psicoemocional son un perfil fundamental de la psiquis de las personas, y en éste caso, del personal de salud, en especial enfermería, que es la disciplina que se enfrenta constantemente frente a peligros existencialistas que pueden dañar su estado de salud, entendiendo que si un elemento de la psiquis se descontrola se alteran todas las esferas que conforman al ser humano.

El bloqueo psicoemocional es un acto inconsciente, abstracto y totalmente idílico. Éste se puede ejemplificar con lo expuesto por la informante 1: “Si, si lo hago (minimizar), me encargo de eso todo el tiempo, a veces hablo con la familia y pregunto “cómo era antes, qué pasó días antes de estar internado”, aunque yo ya haya leído la historia y ya lo sé, entonces ahí me encargo de ver cómo afrontar a la paciente y me encargo de eso”. En éste punto es donde el “YO” establece un conjunto de estrategias distractoras tendiente al control del impulso sexual de “ELLO” con el único objetivo de controlar el sentimiento de narcisismo existencial que palpita con mayor intensidad ante el peligro de la realidad.

Es necesario mencionar que no es lo mismo el bloqueo posicoemocional que el emocional ya que éste emerge, de manera consiente, manifestado como un condicionante actitudinal, palpable.

Un claro ejemplo de bloqueo emocional es el referido por la misma informante durante otro momento de la entrevista: “Intento bloquear mi sensibilidad a ese olor y no quiero que la otra persona se dé cuenta que me molesta el olor, yo sé que ellas se dan cuenta, pero no, no bloqueo, trabajo igual y si necesita que la cambien más cantidades de veces la voy a cambiar, no me molesta para nada”. El punto contradictorio del discurso no es más que la irrupción del “YO” ante una situación potencial de peligro de la estabilidad del “ELLO”.

Marco Metodológico

Tipo de investigación

El enfoque de esta investigación es cualitativo, donde se hace referencia al estudio de la problemática como análisis subjetivo de los indicadores que sustentan a la hipótesis y a los objetivos que, en éste trabajo están dispuestos al inicio del proyecto de investigación. Es de carácter émico y explicativo ya que pretende expresar ideas, argumentos o conclusiones a partir del análisis del comportamiento de los participantes de las entrevistas.

Esta investigación es de carácter etnográfica particularista médica y a nivel micro. Según Giddens (1994), "la investigación etnográfica hace referencia al estudio directo de personas y grupos durante un cierto periodo, utilizando la observación participante o las entrevistas para conocer su comportamiento social".

En ésta diagramación metodológica el objeto de estudio son un grupo de enfermeros de todas diversas áreas de un centro de oncología de la ciudad de CABA del turno franquero, lo que define su orientación particularista y medica, ya que solo se analiza un grupo específico de profesionales de enfermería. Por la limitación de la muestra es a nivel micro el análisis.

Población y Muestra

El universo del trabajo son todos los enfermeros del equipo de SANDOFE, 19 enfermeros. La muestra es de 6 enfermeros, uno por servicio: guardia, cirugía mujeres, cirugía hombres, internación general de mujeres, internación general hombres y UTI, los cuales representan los **informantes claves**. Martin (2023), dice que los informantes claves son aquellas personas que por sus vivencias, capacidad de empatizar y relaciones que tienen en el campo pueden apadrinar al investigador convirtiéndose en una fuente importante de información.

Recolección de datos

La recolección de datos se realizará a partir de la interacción durante las entrevistas en profundidad en donde solo el participante y el entrevistador serán los intervinientes durante dicha interacción. El objetivo no es solo escuchar y registrar lo que expresa el entrevistado sino también observar su comportamiento durante la misma.

Según la página QuestionPro (2023) Las entrevistas a profundidad son un método de recolección de datos cualitativos que permiten recopilar una gran cantidad de información sobre el comportamiento, actitud y percepción de los entrevistados. Durante las entrevistas a profundidad, los investigadores y participantes tienen la libertad de explorar puntos adicionales y cambiar el rumbo del proceso cuando sea necesario, ya que es un método de investigación independiente que puede adoptar múltiples disciplinas según las necesidades de la investigación.

Categorías propuestas por el investigador

- Situaciones laborales que generan angustia existencial
 - Percepción del dolor y la muerte, inexistencia propia, limitaciones académicas, situaciones de apego y aspectos edilicios.
- Barreras de bloqueo emocional
 - Miedo, asco, aprensión, lástima y angustia.
- Barreras de bloqueo psicoemocional
 - Evasión, abstracción y minimización.

Presentación de los resultados

Los resultados de la investigación se presentarán en cuadros explicativos, anexando frases que infieren los informantes respecto a cada una de las categorías propuestas, seguidamente de cada cuadro, se redacta análisis del investigador.

Los informantes serán categorizados con las 6 (seis) primeras letras del abecedario (A, B, C, D, E, F) para su posterior identificación.

Presentación de los resultados

A continuación, los resultados de las entrevistas extrayendo los contenidos relacionados a las categorías de la investigación.

Categoría: Situaciones laborales que generan angustia existencial	
Informante A	<p>Respecto al dolor y la muerte</p> <p>NADA, calmarlo, nada más.</p> <p>La muerte es el fin de la vida, la vida existencial, del cuerpo y el dolor es un proceso de malestar del cuerpo.</p> <p>Yo siempre veía que el sufrimiento del otro era totalmente ajeno a mí, yo sabía qué hacer y cómo actuar y si no sabía hablaba con uno o con el otro pero trataba de poder conformar sabiendo que están acá y van a morir, entonces es como que ya abrió la puerta que yo tenía abierta del duelo y lo continuo, pero abrió una puerta a que si yo, de hecho he tenido más pacientes que se me murieron y se me “pinta un lagrimón” o termino como angustiada o a veces pido por favor que se apiade(Dios) y pido basta.</p> <p>Yo lo normalicé en el momento en el que entre a trabajar a éste lugar.</p> <p>Me preguntan: cómo te fue hoy y mi cabeza aparecen las veces en las que embolso al paciente, he llegado a embolsar tres pacientes por guardia a no embolsar. Yo sé que entro en éste lugar y el tipo de enfermedad que se sufre acá no hay otra salida, no hay un “mañana vamos a tomar mates” la realidad es que no, entonces es como que lo normalicé.</p> <p>Respecto a la muerte propia</p> <p>Pienso que, la realidad es que yo tengo bien entendido que si a mí me diagnosticaran lo primero que pienso, depende del grado que tenga hago el tratamiento, sino viviría mis últimos días con mi familia, como pudiera, sin ningún tipo de invasión, sin internaciones tratando de que mi familia sea lo más liberal que pueda, si ellos</p>

necesitan estar conmigo que estén y sino que cada uno continúe con su ritmo, aunque sé que no lo van a poder hacer pero no tendría ningún tipo de invasión, no iría a otro lado más que a morir y listo , no tendría invasión, no me gustaría.

Limitaciones académicas

No nos dejan tomar algunas decisiones como enfermeros que estamos más tiempo con la gente compartiendo cosas y solamente debemos abocarnos a lo que dice la indicación y así avisarles.

Situación de angustia existencial

He sentido dolor porque tuve problemas familiares que me llevaron a que una persona cercana, muy cercana, pasando por lo mismo no soportaba el hecho de trabajar acá con otra persona, sino trato de que esté limpio, higienizado, de que esté bien por si tiene que fallecer en mi guardia.

Situaciones de apego

Si, muchos. Tuve un apego con una paciente, la conocí acá, supuestamente era muy conocida en todo el hospital, pero la conocí acá. Internada durante mucho tiempo Graciela, no me olvido más. Mi mamá fallece y cuando vengo Graciela estaba en el periodo de empezar a dormirse, a las dos guardias mías fallece, nada, me aprieta la mano y me mira, porque yo siempre les hablo me presento y les digo qué les voy a realizar por más que estén dormido trato de explicarles, hacía varios días que no reaccionaba, me aprieta la mano, le di las gracias, me sonrió, le dije “descansa en paz” y falleció y lloré. Creo que fue una de las pacientes que más llore su partida.

Si, si lo hago, me encargo de eso(generar barreras emocionales) todo el tiempo, a veces hablo con la familia pregunto como era antes, que pasó días antes de estar internado, aunque yo ya haya leído la historia y ya lo sé, entonces ahí me encargo de ver cómo

	<p>afrontar a la paciente, me encargo de eso. No quiero que interfieran mis sentimientos con el cuidado que tienen que recibir básicamente.</p>
<p>Informante B</p>	<p>Respecto al dolor y la muerte</p> <p>Hago todo lo posible para que el paciente no sienta dolor porque la muerte, si bien es algo que va a llegar, trato de que sea de la mejor manera, que el paciente no sufra hasta que llegue el momento de su muerte y el dolor como una situación traumática e inminente ante la muerte.</p> <p>Durante el proceso de fin de vida me surge la necesidad de acompañarlo de la mejor manera, respetando sus creencias, tratando de darle la mejor calidad “YO no solo como enfermera sino como ser humano, respetando sus creencias y tratando de escuchar si tiene algún deseo, si, que se yo, quizás una tontería, algún paciente tiene ganas de comer un chocolate y poder ir, comprarlo y dárselo, creo que es importante el respeto y el escuchar a los pacientes porque tiene mucho para decir un paciente que sabe que se está muriendo.</p> <p>Respecto a la muerte propia</p> <p>Enojo principalmente porque, en cuestiones personales, implicaría la posibilidad de perderme por ejemplo de ver a mi nieta crecer, enojo, por ese lado.</p> <p>Hay muchos sentimientos: angustia, ansiedad. Ah y después de salir de todo ese proceso de enojo y explosión para con el diagnostico, que se yo, vivir, lo que me quede vivirlo bien.</p> <p>Transitarla con calma, aprendiendo y entendiendo de qué me están hablando, he.. Preguntando todas las opciones para manejar una relativa buena calidad de vida hasta que llegue el momento, creo que sería muy mental lo mío.</p> <p>Situaciones de apego</p>

Miguel Furnos de llamaba, él me hacía acordar mucho a mi papá estaba muy solo en el mundo y en vida (suspira) me pidió que sea yo quien lo desconectara de todo, que sea yo la que preparara su cuerpo y que sea yo la que lo llevara a la morgue y lo cumplí a raja tablas, lo acompañé hasta la entrada de la morgue, el cuerpo ya sin vida y estuve hecha un “mar de lágrimas” durante por lo menos 48 hs. Sentí que pude hacer el duelo porque ese paciente me hacía acordar mucho a mi papá, a mi papa biológico.

Aspectos Edilicios

Hay un montón de cosas, a nivel edilicio la falta de aires acondicionados cuando hace calor o calefacción cuando hace frío, la mala calidad de los colchones, la falta de camas eléctricas y el mal funcionamiento de las camas tan viejas, el inmobiliario es un impedimento bastante difícil de apalear, por otro lado, muchas veces, la falta de responsabilidad de los médicos para con la atención de los pacientes, tanto el factor humano como el edilicio generan un montón de impedimentos para una buena atención de un paciente de las características que manejamos nosotros ¿no?

Informante
C

Respecto al dolor y la muerte

Justamente en el piso donde yo trabajo la mayoría tiene dolor y la verdad es que es algo cruel el dolor de la enfermedad que padecen mis pacientes.

El dolor en realidad no tuve muchas situaciones de sentir dolor físico en mi cuerpo y la muerte, la muerte me dijiste? La muerte es el fin de una etapa y el comienzo de otra etapa, a si lo considero.

Respecto a la muerte propia

Se de muchas personas cercanas que dicen “si a mí me pasara algo así” pero no quisiera pasar por ese proceso pero también soy una persona creyente, creo en Dios, si tengo que pasar por una situación así creo que no soy nadie para acelerar nada, obvio que

no quisiera sentir dolor, sufrir ni que mi familia me vean pasar por una etapa premortem, si lo tuviese que pasar Dios me daría la fuerza para pasarlo.

Situaciones de apego

Bueno, tuve muchos apegos en realidad pero lo bueno es que siento el apego en la institución, en las horas de trabajo, pienso en casa y hasta sueño con esa paciente pero después puedo separar, no es que estoy 24*7 pensando en ese paciente. Me paso de tener pacientes jóvenes de la edad de mis hijos y tuvimos muchos pacientes con CA de testículos y me paso muchas veces de sentirme la mama y no tanto la enfermera sino la mama enfermera de ese paciente.

Aspectos Edilicios

Yo creo que los enfermeros podemos hacer un montón para que el paciente sufra lo menos posible, es decir, en la calidad de atención, en solo mirarlo, en el acompañamiento, más allá de nuestro trabajo, higiene y medicación, tenemos una función muy importante. En nuestro hospital, digamos, lo que es la parte edilicia y la infraestructura es limitada, nos pasó de tener pacientes enormes, con sobrepeso y nos pasó de tener incomodidad por las camas, que están rotas, sabemos que lo ideal es que estén semifowler y muchas veces no podemos subir las cabeceras pero bueno nuestra función es hacer lo que mejor podemos más allá de las limitaciones.

Informante
D

Respecto al dolor y la muerte

El dolor es la experimentación desagradable que puede ser físico, emocional, espiritual o social y que condiciona a la persona en todos sus ámbitos. La muerte es el fin de la vida y un momento de liberación total.

	<p>Sí, claro que es normal (morir) nadie es eterno aunque deseemos serlo. Lo ideal es morir dormido pero no siempre es así por eso desde los enfermeros, que somos grandes monitores, se trabaja mucho para que el paciente esté asintomático.</p> <p>Respecto a la muerte propia</p> <p>Primero sentiría alivio porque si llegamos a eso es porque algo anormal mi cuerpo revelaba, después sentiría angustia y ocuparía lo que me queda de tiempo en organizar documentos o pendientes para que cuando me vaya todo quede ordenado porque aun en la ausencia seguiría estando. Me gustaría estar en mi casa y morir en una Institución de salud, controlando el dolor con claras indicaciones de no invasión y no alimentación enteral.</p> <p>Situaciones de apego</p> <p>No hasta ahora pero a veces es tanto el deterioro que no es que me apego pero deseo que trascienda rápido.</p> <p>Aspectos Edilicios</p> <p>Las características edilicias como las camas y los inmuebles, aparte de lo pequeñas que son las unidades y el color deprimente de las paredes son claros condicionan el clima terapéutico, es como que lo deprimen al paciente que a veces se entretiene con el sonido de la radio de otro compañero de bloque.</p>
<p>Informante E</p>	<p>Respecto al dolor y la muerte</p> <p>Que es el dolor, la verdad es algo que estas sufriendo que estás pasando el dolor, un sufrimiento, es un dolor que nadie quiere. La muerte es parte de la vida: naces, creces y Moris, son etapas de la vida. La muerte es natural y el dolor no, no tiene que estar relacionadas</p>

	<p>Siento pena más por la familia y quisiera que el paciente si ya se tiene que ir no sufra más, pena me da, me da mucha lastima por la familia, me pongo en lugar de la familia por el familiar que se va apagando.</p> <p>Respecto a la muerte propia</p> <p>Me gustaría que sea ambulatorio, no quisiera estar internada porque creo que me causaría más, me deprimiría peor de lo que estoy.</p> <p>Situaciones de apego</p> <p>Lo he llevado a mi casa y he llorado en mi casa, uno dice que no se puede y muchas veces llevamos el dolor del lugar del trabajo a la casa y hay que separar porque no corresponde. Tiene la edad de mi hijo.</p> <p>Aspectos Edilicios</p> <p>Las camas, como se dice... hotelería, tema de atención está bien es hotelería el condicionante.</p>
<p>Informante F</p>	<p>Respecto al dolor y la muerte</p> <p>Con respecto a la muerte, pienso que nacemos creyendo que la muerte es otra cosa, no nos damos cuenta que es parte de nuestro ciclo, lo tomamos como algo terrorífico, es difícil entenderla, no es fácil pero cuando uno está enfermo tiene que sumarle el sufrimiento más el hecho de saber que se va a ir y también tiene mucho que ver la situación de la persona porque a veces tiene hijos muy chicos o una situación particular que hace que quiera seguir estando en éste plano, por decirlo de alguna manera y eso no lo deja transitar. La muerte no debería ser un momento trágico porque en realidad es, no lo que uno piensa, es algo más profundo, se nos enseña mal desde chicos.</p> <p>Pienso que es el momento en donde uno más debe empatizar con la persona porque realmente, primero porque está frente, no solo el</p>

paciente sino uno mismo, está frente a algo desconocido entonces es lógico que sientas, porque son muy pocas las personas que logran comprender ese momento y sentir paz.

Respecto a la muerte propia

Tendría, en un primer momento, sentiría como cualquiera un estado de shock pero no, aceptaría la situación pero tengo muy claro que uno puede pasar cualquier cosa en cualquier momento pero sin embargo, no sé cómo explicarlo. Lo aceptaría porque creo en Dios y si es su voluntad, buscaría la forma de transitarlo lo mejor posible pero no sería, trataría de no desbordarme ni enloquecerme.

Situaciones de apego

A veces me ha pasado con gente que es muy joven o con gente muy mayor, hoy en día, antes si sentía lo que se dice apego pero hoy en día no porque pienso que esa persona está transitando por un camino que, más allá del dolor y el sufrimiento que puede estar pasando lo veo o trato de verlo como parte de su camino, lo que le toca transitar en éste mundo.

Aspectos Edilicios

Con respecto a la atención de los pacientes, lo que puede llegar a limitar es la falta de recursos que pueden ser recursos humanos, materiales, la misma familia que puede tener conflictos familiares, todo eso crea un entorno un poco menos o más desagradable de lo que debería ser.

Análisis del Investigador

A través de las respuestas de los informantes podemos separar en dos grandes aspectos la concepción de la muerte, una desde una cosmovisión constructivista sociocultural y otra desde una visión psíquica.

El hombre "Dasein" desde que comienza su vida en comunidad, hace aproximadamente 12.000 años con el descubrimiento de la agricultura, ha construido un conjunto de redes socioculturales capaces de darle orden a todos los ámbitos de la vida incluso, en principio, al psíquico, con la autoconstrucción del "Yo" y del "súper yo". Estas actitudes o posturas conductuales describen al segmento consciente de las personas, pero el ser humano social, no han alcanzado a dominar las fuerzas inconscientes que ha sido castradas y reprimidas, según Freud, hasta conseguir la censura total del instinto primitivo del ser humano.

Como vemos en las entrevistas, cuando se pregunta sobre el dolor y la muerte los informantes han encausado sus respuestas al dolor del otro, del paciente, con lo cual, si entendemos que somos el producto de una construcción social y me defino a partir del otro, podemos deducir que el "YO" comienza a aplicar estrategias evasoras para que el sentimiento narcisista existencial del "ELLO" no se vea afectado por los cambios en las condiciones medioambientales. Evitar la angustia existencial.

Siempre que el instinto salvaje de libertad absoluta y desenfreno se mantenga oculto y reprimido la persona no tendrá oportunidades para sentir que su razón establece la finitud, el paso del tiempo y la pérdida de todo lo que conocemos.

En ninguna de las respuestas sobre cómo se perciben muriendo se observa la imagen del dolor y de la muerte como concepto naturalizado ni normalizado, es más, hasta parece que mueren en total gratitud y confort.

No se habla del dolor, del sufrimiento total ni de la muerte como proceso filosófico, como emociones o sentimientos sino más bien se centran en situaciones que parecen manejables, lo que vuelve a marcar la idea de que el ser humano no nació para morir sino más bien para existir eternamente y perpetuar la raza.

Si el hombre entendiera realmente que es finito en el tiempo, la angustia existencialista emergería de manera violenta como oponente y vencedor del narcisismo existencial, generaría un estado agónico que en algunos casos podría ser generador de fantasías suicidas, propias del desequilibrio de las dimensiones de la

psiquis, en donde el “Super Yo” no logró condicionar al “YO” y por ende regular los sentimientos existencialistas.

Cuando hablábamos que el otro nos define, hacemos referencia a que el otro es un espejo potencial de los posibles estados situacionales transitables, es decir, cuando el personal de enfermería, establece canales de apego con los pacientes y éstos logran atravesar con su sufrimiento, los muros psíquicos e institucionales de autoprotección, produciéndose la materialización del peligro existencial, a través de la proyección, es ahí, en ese momento, en donde apropiamos la agonía existencial del otro, estableciéndola propia aunque sea por poco tiempo.

Cabe mencionar que en algunos casos, la proyección del dolor es una estrategia adoptada y reversionada del “YO” para cerrar duelos pendientes de culminación que generan angustia existencial y que pueden atentar el equilibrio que se establece entre lo consciente y lo inconsciente.

La existencia de desequilibrio psíquico existencial durante el duelo y por tiempo indeterminado, es un generador de angustia y un potencial peligro.

El contexto terapéutico es un factor clave para el confort y la calidad de atención dentro del ámbito nosocomial, pero en los centros oncológicos, en donde los pacientes están transitando un duelo o varios, el carecer de recursos favorece los estados de aislamiento, angustia y depresión, los cuales impactan en el personal de salud que es quien debe establecer un conjunto de recursos basados en su arte del cuidar para poder apalear esos condicionantes negativos, que no desfavorecen la estadía hospitalaria y el buen morir.

A veces la suma de frustraciones con sensación de responsabilidad y culpa son desmotivadores laborales y generan sentimientos negativos en el personal de salud cuyo objetivo es cuidar, cuidar con cariño, respeto, atención y con calidad de atención.

Los enfermeros “deben alivian el dolor” dice el código deontológico establecido por la CIE, y es ahí en donde la falta de recursos limitantes del sistema de salud generan malestar en el personal de enfermería. No es grato no tener ropa de cama para abrigar a un paciente con frio, es angustiante y cruel.

La sobreexposición a las carencias asistenciales también repercute negativamente en el ámbito de los enfermeros y permiten abrir la puerta a pensar qué sería de mí si fuese él.

Como vemos en el análisis, podemos deducir que cada uno de los elementos generadores de angustia existencial corresponde a alguno de las tres fuentes de sufrimiento que descriptas por Freud.

Hay una frase preciosa que resumen la existencia de las estrategias de autoprotección por sobrexposición que dice así: “No era así de fuerte cuando comencé. La enfermería me hizo fuerte”, Tilda Shalof” 2023.

Categoría: Barreras de bloqueo emocional	
Informante A	Incomodo el cáncer de vulva, de útero, es incómodo el olor, la persona se siente podrirse todo el tiempo y eso es lo que siempre te refiere también, vos sentís el olor, es incómodo. La sensación es de asco.
Informante B	Incomodidad al cuidar no, no el CA puntualmente pero las cuestiones que genera, no es un rechazo pero soy muy cuidadosa y a veces miedosa con pacientes traqueotomizados. Miedo, miedo a lastimarlo, porque es muy invasivo la desobstrucción o cambio de TQ, miedo a lastimar al paciente más allá del cuidado y de saber cómo hacerlo en 10 años no lo he podido resolver. Es muy importante la fe, creo que es “la muleta” con la que los humanos comenzamos a tener uso de razón hasta que nos morimos, entonces al creer que es algo tan importante los animo mucho a que no pierdan la fe.
Informante C	Hay dos, todos los que tienen que ver con los CA de cabella y cuello y CA de lengua. Es muy impresionante como va agrandándose hasta tal punto que no pueden cerrar la boca, generan muchos olores, es un tumor feo de ver y muchas veces en cuanto a las curaciones, muchas veces sangran y se desprenden trozos de lengua, eso me genera no rechazo pero son los más fuertes. Los de cabella y cuello, los de lengua específicamente son una mezcla entre lastima y aprensión, siento que igual, no dejo de involucrarme y no es que le escapo al entrar si me llama.
Informante D	Asco los CA de lengua, me impresiona el tamaño de la lengua, la continua salivación por la apertura bucal, me da asco el olor al curarlo o aspirar sus secreciones

Informante E	El CA de lengua y cabeza y cuello me la impresión (aprensión) y lastima.
Informante F	Hasta hace un tiempo me pasaba con los pacientes y sin embargo es uno de los que más me gusta tratar de CA de cabeza y cuello sobre todo el pacientes traqueotomizado pero lo que en un primer momento me producía rechazo aunque en realidad rechazo no, más bien, a lo mejor lo que me daba angustia era ver a alguien que le faltaba el oxígeno, ver a alguien que se ahogue, eso sí me ha provocado una desesperación interna, a mí, pese a que yo no estoy padeciendo eso pero bueno, eso fundamentalmente. A lo mejor lo que me daba angustia era ver a alguien que le faltaba el oxígeno, ver a alguien que se ahogue, eso sí me ha provocado una desesperación interna, a mí, pese a que yo no estoy padeciendo eso pero bueno, eso fundamentalmente.

Análisis del Investigador

En ésta categoría se pueden valorar claramente cuáles son las situaciones que generan reacciones psicofísicas y emocionales en el personal de enfermería y cómo cada uno de los informantes describe una situación de adversidad direccionada a la afección sin proyección en el paciente, es decir, sin dejar de cuidarlo de manera integral.

Los enfermeros, en situaciones de incomodidad, claramente direccionan su atención al abordaje del tipo de cáncer (CA) sin dejar de ocuparse en la percepción que el paciente tendrá respecto a nuestras actitudes y cuidados. La empatía y la compasión, son sentimientos innatos del ser humano que se ponen a disposición del cuidar y que se maximizan, cuando se enfrentan al sufrimiento y la imagen de la muerte.

A ninguno de los participantes como informantes claves, los condicionó para sus cuidados alguna de sus emociones básicas escogidas para ésta categoría: miedo, asco, aprensión, lastima o angustia, ya que entienden que son parte de su ser social y en especial su ser enfermero.

Cabe mencionar que el llorar, resultante de un estado de estrés o angustia, tiene doble función, primero generar empatía y alivio social y segundo emitir

neurotransmisores como las endorfinas, que generan un estado de satisfacción y relajamiento general.

Cada emoción desencadenara en una respuesta fisiológica que puede o no repercutir en el ámbito psicoemocional con esto también podemos afirmar que el cuerpo reacciona celularmente ante el estado de peligro existencial.

J.P Sartre decía que “La existencia precede a la esencia” quedando evidenciado que la forma percibida ante el dolor y la muerte dependerán de la producción social de los conceptos y de sus variaciones en el tiempo así como también del grado de exposición socio laboral a las mismas.

Las personas guardan preconceptos fuertemente arraigados en el consciente, conceptos que establecen redes y formas simbólicas de comportamiento, las cuales son de fácil acceso por su superficialidad psíquica ya que ante un estímulo, rápidamente se observa la respuesta de la construcción social del concepto en donde se objetiviza la subjetividad del objeto, el tumor, definiéndolo como una “masa desagradable”.

Durante la entrevista emergieron de manera automática las emociones vinculadas directamente al objeto, verbalizando de esa manera las concepciones neurolingüísticas inmediatas del perfil consciente del enfermero, que no es más la forma primaria y primitiva de contraposición con la realidad.

Las emociones son el resultante del impacto del comportamiento científico y el moral.

Categoría: **Barreras de bloqueo psicoemocional**

<p>Informante A</p>	<p>Sí, sí, siempre (intento minimizar). Intento bloquear mi sensibilidad a ese olor y no quiero que la otra persona se dé cuenta que me molesta el olor, yo sé que ellas se dan cuenta, pero no, no bloqueo(segura), trabajo igual y si necesita que la cambien más cantidades de veces la voy a cambiar, no me molesta para nada.</p> <p>Después de años de oncología llega un momento en el que ya necesitas salir del lugar, es un círculo muy vicioso.</p> <p>Evadir te protege totalmente hasta que uno se da cuenta que está evadiendo y se sigue haciendo el “sonso” y decís “ y bueno... para dónde arranco” que hago, agarro otra carrera, me tiro para otro lado, ya esto no va, pero si, si, obviamente que si sino no podrías hacerlo, no me imagino una vida de oncología, estoy trabajando para eso, primero por mi psiquis y segundo por mi familia todo lo que hago a mi alrededor como enfermera para profesionalizarme todo lo que pueda es para no terminar así, no quiero ver ese futuro en mí, ni en mi hija ni que mi familia sufra lo que sufren las familias acá. No quiero eso, si lo tienen que pasar por circunstancias de la vida lo pasaran, en ese momento los preparare y les diré: esto voy a hacer, esto sí, esto no y espero que lo respeten nada más.</p>
<p>Informante B</p>	<p>No, voy y primero evaluó al paciente y me tomo todo el tiempo y tranquilidad y calma para hacerlo bien y que el paciente quede cómodo, tranquilo y respirando bien y para quedarme tranquila de que hago las cosas bien. Abstracción.</p> <p>El enfermero con los años comienza a transformarse en una máquina y las maquinas no sienten, no sonríen, no hacen bromas, ni siquiera hacen pasar un lindo ratito de un lindo momento.</p>
<p>Informante C</p>	<p>En la dos (CA cabeza y cuello y lengua) es una aprensión es como que en el momento trato de bloquear y me abstraigo de lo que estoy viendo y oliendo, es esa la sensación y lo que siento sin alterar mi calidad en los cuidados.</p>

	<p>No sé si está en uno o es innato a bloquear, creo, las cosas que nos hacen mal, que nos dan tristeza y nos angustian y es como que aprendes a tener empatía con ese paciente y esa familia y lo puedes llevar, es el lugar que elegiría para volver a trabajar porque estar con un paciente oncológico es estar con un niño por la vulnerabilidad, no sabe si lo van a visitar o que le va a pasar. Nos vamos preparando entre nosotros con chistes incluso para canalizar lo que acabamos de sentir al atender al pacientes. No es para cualquiera estar acá.</p>
Informante D	<p>Mi mente constantemente quiere evadir las demandas del paciente pero sin alterar mi calidad de cuidados abordo la situación evitando centrar mi atención al detalle, es claro que evado y en algunas oportunidades me abstraigo.</p>
Informante E	<p>Minimizo, me da mucha pena y lastima y lloro. Yo lo atiendo, le pregunto si necesita algo, que me llame pero soy igual que con los demás pacientes.</p>
Informante F	<p>Yo he generado recursos ante éstas situaciones porque mucha gente me ha dicho que gracias a la enfermedad, ella era de una determinada manera y gracias a la enfermedad pudo ver las cosas diferentes, bueno, yo como enfermera, viendo cosas que nunca las hubiese visto sino hubiese estado acá adentro me doy cuenta que todo es distinto a como uno lo piensa o lo ve al estar frente a éstas situaciones.</p>

Análisis del Investigador

La concepción de la muerte, de ésta parte del mundo, ha cambiado a partir de la hospitalización del doliente, antes era normal morir en las casas y ser velados en el mismo lecho, pero con la irrupción de los hospitales cambia la concepción del cuidar al doliente y es ahí en donde comienzan a ser los hospitales los centros de apaleo del dolor y el sitio para el cuidarlo y morir sin dolor.

El narcisismo existencial radica pura y exclusivamente en el interior del ser humano, ahí es donde los sentimientos emergen como respuesta ante alteraciones situacionales, que por sobrexposición, tienden a pujar esos sentimientos a tales niveles que su intensidad los vuelve un “Tema de Estado”.

La profundidad y amplitud de los sentimientos entendidos como pulsiones de vida y muerte, hacen que al enfrentar los enfermeros, emociones desagradables reiteradas veces, se inicie una serie de movimientos en los engranajes psíquicos tendientes a la generación de barreras de protección psicoemocionales. Éstas barreras tienen como función principal preservar los sentimientos, concepciones y anhelos más profundos del ser humano como lo son la esperanza y el narcisismo, siendo preservados por un orquestal de estrategias del “YO” como lo pueden ser la evasión, la abstracción o la minimización.

Las diferentes estrategias que establezca la psiquis para evitar comprender que nacimos para perder, sufrir, morir y ser olvidados, no son más que barreras existencialistas de protección del sentimiento más real de toda la raza humana, el sentimiento de eternidad, que no es solo existir sino que también es carecer de ruidos como el dolor y el sufrimiento.

Los enfermeros evaden, se abstraen de la realidad o la minimizan, porque es la forma adaptativa de autoprotección de la raza que, en ellos, se observa de manera más evidente porque se enfrentan constantemente a situaciones que las evidencian. El enfermero brinda cuidados de calidad aun ante las situaciones más hostiles y por qué, porque es capaz de dejar florecer su sentimiento narcisista del “Yo puedo” a tales puntos que la dimensión psíquica limitante, interviene para evitar que la realidad dañe el idealismo de la invencibilidad.

Todos los informantes, sin excepción alguna, han establecido alguna forma de control del sufrimiento existencial e incluso, desde la aceptación de la filosofía de la Fe, en donde lo que sucede es porque debe ser así y así será. Si los enfermeros carecieran de esas habilidades protectoras, vivirán en un estado continuo de miedo, angustia y terror existencial, porque todo lo que le pasa al otro me puede pasar a mi o a alguien que quiero y esa paranoia no es propia de un “YO” poderoso.

Albert Camus expresa una frase maravillosa en donde podemos observar que nuestra existencia no se basa en saber que nacemos para morir, sino en si vale la

pena o no vivir la vida. Es en ésta última frase en donde emergen las barreras de bloqueo psicoemocional protegiendo el ideal de vida y de supervivencia, las cuales se pueden ver como la clara omisión de las preocupaciones vinculadas a la muerte, al sufrimiento, a los pensamientos relacionados a qué pasará con mi familia, si me están diciendo la verdad o hay un cerco de silencio, si podre despedirme o pedir perdón.

La evidente omisión de estos miedos, en general, es un indicador de que es tan fuerte la pulsión de vida, como la realidad agónica y mortuoria con la que conviven los enfermeros durante sus jornadas laborales.

Ese conjunto de artilugios proteccionistas, son mascararas que el alma del enfermero se coloca para evitar que el impacto de la realidad los deje en “carne viva”, expuesto a que cualquier mínimo estímulo logre derribar una construcción arquitectónica, creada por la psiquis humana y transmitida de generación en generación, con tal delicadeza que aun en su periodo de formación temprana, sigue siendo quizás, el arma más poderosa del ser humano disfrazada como inocencia pero trasformada, en su adultez laboral, en miles de experiencias compactadas y apiladas que formarán un mural frente al dolor y la muerte.

Conclusiones

Durante el proceso de entrevista, cada informante adopto diversas posturas y actitudes respecto al “agrado” o “incomodidad” de las preguntas, y es ahí, en la incomodidad en donde surgía la respuesta buscada.

En cuanto a cuales son los condicionantes situacionales que les generaba angustia existencial al personal de enfermería durante su desenvolvimiento en el Hospital de oncología, se pudo apreciar, de manera muy palpable, que las situaciones de angustia (categoría) se relacionaban directamente al dolor y la muerte de los pacientes, la percepción de la propia muerte, el apego emocional con los pacientes y las condiciones edilicias.

En general los informantes proyectaron su concepción del dolor y la muerte como respuesta evasiva ante la inexistencia del propio ser en donde, por identificación, se entiende que todo lo que le sucede al otro me puede suceder a mí y es ahí en donde defino a partir del otro lo que en realidad defino yo.

Todos los seres humanos tienen un estado de inconsciencia, es decir de plena libertad, que es “condicionado” por la dimensión del “Yo” y que, al enfrentarse a situaciones vinculadas a la extinción de un “otro” genera una conmoción en la psiquis primitiva emergiendo, desde el inconsciente, la angustia existencial por proyección y traslación del dolor existencial de los pacientes. Lo que realmente sucede es que la muerte revela que el ser humano nace, vive y sobrevive para ser amado y que la culminación de la vida presupone un incierto y un estado de soledad en donde si existo no sabré si seré amado. La muerte es un misterio según Heidegger.

Queda evidenciado que ningún enfermero proyecta su muerte bajo condiciones de dolor, angustia y/o abandono, siendo ésta respuesta actitudinal una expresión idealista del “Yo” como estrategia de defensa ante situaciones de dolor e inexistencia. El “Yo” evita que la crueldad de la realidad asesine el axioma del narcisismo existencial de la raza establecido en el “Ello”.

El contexto laboral no solo implica el climax sino también al conjunto de recursos que dispone el servicio para brindar cuidados de calidad y es ahí en donde el total de los informantes compartieron que el estado de los inmuebles y la falta de recursos son condicionantes de los cuidados de calidad.

Que el paciente sufra por una limitación de los recursos disponibles, afecta negativamente el clima laboral y por consecuencia las emociones del enfermero que es quien se encuentra imposibilitado de suplir esa necesidad, y es nuevamente ahí, en ese punto de inflexión en donde por proyección, si al otro le sucede quién me garantiza que a mí no. Me revela vulnerable.

En cuanto al concepto de “despersonalización no abandonica” del cuidado por bloqueos emocionales del personal de salud, se puede explicar desde dos aspectos, el primero desde una mirada profesional en donde se entiende al sujeto como un todo y por ende el cuidado debe ser holístico y, por otro lado, desde un aspecto filosófico.

En la última pregunta del cuestionario todos los informantes expresaron con agrado que les gustaría que, en una etapa de fin de vida, los cuide alguien como ellos y esto tiene una sola implicancia que es entender que el cuidador no los va a abandonar ni a despersonalizar porque está dotado de las mismas herramientas protectoras que ellos mismos frente al dolor y la muerte.

El enfermero no supone dominar a la muerte ni a las fuerzas que la conllevan a ello pero si se cree lo suficientemente capaz de despersonalizarla, de robarle la identidad colectiva de la cual ha sido dotada a modo de minimizar sus efectos a través de las estrategias de autoprotección del “YO”.

No existe la despersonalización del cuidado pese a las manifestaciones psicofísicas producto del olor, la forma o del tipo de intervención que el paciente tiene o que debemos realizar. El enfermero entiende y logra manejar esas emociones por sobreexposición.

En cuanto a las barreras psicoemocionales como estrategias de defensa del idealismo del narcisismo existencial se pudo observar que todos los informantes, de una u otra manera, han establecido formas de abordaje inconscientes frente a las emociones que generan el estado de enfermedad, sufrimiento y muerte.

Algunos intentaban evadir las situaciones que le generaban malestar existencial, como forma de escapatoria ante eventos no asimilables pese a la habitualidad de los mismos, en cambio otros minimizaban como forma de evitar comprender la existencia de la finitud y por ende la propia y otros se abstraían como una suerte de abordaje situacional del evento generador de cuidado pero sin reflexionar sobre las características del mismo, su proyección y su desenlace.

Es maravilloso darle sentido al comportamiento del personal de enfermería desde un aspecto psicosocial con base existencialista y del psicoanálisis ya que explica que los enfermeros, especialmente de oncología, no son distantes ni fríos por desinterés en el estado del pacientes sino porque han sido capaces de generar barreras de bloqueos a psicoemocionales tendientes a la “naturalización” muy aparente del dolor y la muerte con el simple fin de autopreservación existencial.

Cabe hacer una mención particular sobre la fe como estrategia de consuelo existencial. El autor Pierre Teilhard de Chardin expresa en su escrito “El medio divino” que la muerte es algo inevitable y como ha muerto Cristo moriremos todos, tomando al mesías como claro ejemplo de eternidad postmortem. La idea de un paraíso colmado de amor, serenidad y calma, después de un movilizarte periodo de juicio final, es una especie de consuelo para el devoto, quien entenderá, desde su filosofía, que la muerte es solo un paso hacia la vida eterna. Los enfermeros que tienen ésta concepción, naturalizan la muerte como un evento de transformación a un estado de completa perfección y vida eterna, y es ahí donde el “Yo” abusa del recurso para la autoconvicción y protección del narcisismo existencial.

Plan operativo

Quincena / Mes	Agosto23		Sept 23		Octu 23		Novi 23		Dicie 23		Mar 24		Abr 24		May 24		Jun 24		Jul 24	
Quincena Actividad	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Redacción del protocolo de investigación																				
Presentación del proyecto																				
Solicitud de aprobación																				
Primera Evaluación																				
Recolección y análisis de datos																				
Procesamiento de datos																				
Segunda Evaluación																				
Elaboración de Conclusiones																				
Difusión de resultados																				
Defensa del Trabajo																				

Bibliografía

Albert Camus. (Mondovi, Argelia, 1913 - Villeblerin, Francia, 1960) Novelista, dramaturgo y ensayista francés.

<https://www.biografiasyvidas.com/biografia/c/camus.htm>

Ciurana Misol Ramón. La buena muerte: ¿Eufemismo u objetivo evaluable? Revista Medicina de familia y comunitaria. CAP La Mina. Sant Adrià d Besos, Barcelona, España. Link: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-buena-muerte-eufemismo-u-13090030>

Código de ética del CIE para las enfermeras, Derechos Reservados © 2021 por el Consejo Internacional de Enfermeras 3, place Jean Marteau, 1201 Ginebra, Suiza. Link: https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_SP_WEB.pdf

Contreras, Iliana. (2022, 16 febrero). Investigación etnográfica: qué es, características, ejemplos y pasos del método de estudio etnográfico. Cinco Noticias <https://www.cinconoticias.com/investigacion-etnografica/>

Diccionario de la RAE edición 2001 online: <https://www.rae.es/drae2001/eufemismo>

Ferdinand de saussure obra: "Cours de linguistique générale" Editorial Losada. S.A. Moreno 3362 Buenos Aires. 1945.

Fernando Cohnen. Periodista. Sartre, padre del existencialismo. 2016. En su obra, Sartre reivindica que el ser humano, condenado a la libertad, es el hacedor de su propia existencia.

<https://www.muyinteresante.com/historia/34521.html#:~:text=%C3%89ste%20es%20el%20principio%20del,del%20sinsentido%20de%20la%20existencia.>

F.J. Gala León, M. Lupiani Jiménez, R. Raja Hernández, C. Guillén Gestoso, J.M. González Infante, M^a. C. Villaverde Gutiérrez y L. Alba Sánchez. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual, https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062002000400004

Hernández Sampieri R., Carlos Fernandez Collado y Pilar Baptista Lucio. Metodología de la investigación. McGraw Hill; 6a edición (26 Agosto 2014).

Juana Robledo Martín. Observación Participante: informantes claves y rol del investigador. Revista Nure Investigación nº 42, Septiembre – Octubre 2009. <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-ObservacionParticipante-7724016.pdf>

Martin Heidegger obra: “El ser y el tiempo” publicado en 1927, Alemania.

Murillo, F. J. y Martinez-Garrido, C. (2010) Investigación etnográfica. Madrid: UAM https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w24243w/l_Etnografica_Trabajo.pdf

Paterson JE, Zderad LT. Enfermería humanística. Ciudad de México (MEX): Editorial Limusa S.A; 1979.

Pierre Teilhard de Chardin texto “El medio divino” escrito en 1927 publicación y divulgación propia. Link: https://www.mercaba.org/ARTICULOS/M/medio_divino.htm

QuestionPro (2023). Las entrevistas a profundidad son un método de recolección de datos cualitativos. <https://www.questionpro.com/blog/es/entrevistas-a-profundidad/>

Rodríguez Infantes JA. 2019. “La prescripción enfermera. Historia de un eufemismo “La prescripción enfermera. Historia de un eufemismo. España. Metas enferm feb 2019;22(1)3. Link: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81347/la-prescripcion-enfermera-historia-de-un-eufemismo/>

Silva CG, Crossetti MGO, Giménez-Fernández M, Prates J. Ser paciente renal crónico desde la perspectiva de la enfermera: una mirada existencialista en el desvelar de la evidencia cualitativa. Enferm Nefrol. 2021 Abr-Jun;24(2):139-47. Link: <https://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v24n2/2255-3517-enefro-24-02-139.pdf>

Sigmund Freud obras utilizadas: “La psicología de las masas y el análisis del yo” 1921 y “El análisis del Ello y el Yo” en 1923, Alemania. Sören Kierkegaard Obra: “El concepto de la angustia” escrita en 1844, Dinamarca.

Tilda Shalof. Nurse´s Story. 23 abril, 2024. <https://grupocto.es/nurse-story-tilda-halof/>

Anexos

Consentimiento informado

Fecha

Participante

N° de encuentro

Hemos tomado contacto con usted para la realización de una entrevista, en el marco del “Eufemismo existencial de enfermería”, de la Universidad Isalud. El objetivo de la investigación es determinar que la sobrexposición del personal de enfermería ante el dolor y la muerte en pacientes oncológicos, de una Institución pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, genera barreras de protección psicoemocionales tendientes a la preservación del “Ello” y como consecuencia la despersonalización inconsciente del cuidado. Antes de empezar, necesitamos que manifieste si está de acuerdo con participar, luego de notificarse de algunas cuestiones que le leeremos a continuación: Su participación en esta entrevista es totalmente voluntaria y gratuita, y no será beneficio ni riesgo alguno. No implicará para usted ningún tipo de perjuicio si decide no participar, así como tampoco implicará un perjuicio si decide interrumpir su participación en cualquier momento una vez comenzada la actividad, si usted así lo desea. La confidencialidad de sus datos está garantizada por la Declaración de Helsinki y todas sus enmiendas, y por la ley de Habeas Data N° 25.326 y sus modificaciones de protección de datos personales, de modo tal que no pueda identificarse lo que usted plantee con su nombre. Si decide participar, debe saber que la información que nos dé será desgrabada y analizada por un equipo profesional, sin que su nombre figure en ningún momento. Si hay algo que no le quedó claro o tiene alguna duda puede preguntarme, ahora o en cualquier momento de la entrevista. En caso de estar de acuerdo, comenzamos.

¿Está de acuerdo? SI _____ NO _____ (verbalmente)

Entrevista

Fecha

Participante

N° de encuentro

1. ¿Qué piensa respecto al dolor y la muerte?
2. ¿Qué considera que limitan el confort del paciente y la calidad de atención de enfermería?
3. ¿Qué siente cuando un paciente está en fin de vida?
4. ¿Alguna vez sintió apego emocional con algún paciente que pudo hacerle recordar a un familiar?
5. ¿Usted podría mencionar algún tipo de CA que genere incomodidad al cuidar?
6. Defina la “incomodidad” con alguna sensación
 - Miedo
 - Asco
 - Aprensión
 - Lastima
 - Angustia
7. Indique en relación a su sensación que tipo de comportamiento experimenta
 - Evasión
 - Abstracción
 - Minimización
8. Si estuviese en una situación de CA grado 4, metástasis, irreversible y en cuidados paliativos ¿Que sentirías o cuáles serían sus emociones?
9. ¿Si vos fueses ese paciente te gustaría que te cuide alguien como vos?

Entrevistas

Informante A

1. ¿Qué piensa usted respecto al dolor y la muerte?

R: NADA

Reflexiona un momento ante la repregunta: ¿Nada? Y expresa: calmarlo, nada más.

Se repregunta: en cuanto el concepto ¿qué es para Ud. el dolor y la muerte?

Responde: la muerte es el fin de la vida, la vida existencial, del cuerpo y el dolor es un proceso de malestar del cuerpo.

2. ¿Qué considera que limitan el confort del paciente y la calidad de atención de enfermería?

R: Si, totalmente.

Repregunta: ¿Por ejemplo?

R: Tengo pacientes que tan solo sentarme a escucharlos no hace falta que tenga que pasar ningún opiáceo, solamente necesitan ver a alguien en particular y hago de intermediario. Si me tengo que guiar por las indicaciones debería pasar morfina, morfina y morfina todo el tiempo, entonces limitan y no nos dejan tomar algunas decisiones como enfermeros que estamos más tiempo con la gente compartiendo cosas y solamente debemos abocarnos a lo que dice la indicación y así avisarles.

3. ¿Qué siente cuando un paciente está en fin de vida?

R: Nada, ahora nada. He sentido dolor porque tuve problemas familiares que me llevaron a que una persona cercana, muy cercana, pasando por lo mismo no soportaba el hecho de trabajar acá con otra persona, sino trato de que esté limpio, higienizado, de que esté bien por si tiene que fallecer en mi guardia.

4. ¿Alguna vez sintió apego emocional con algún paciente que pudo hacerle recordar a un familiar y qué sentiste?

R: Si, muchos. Tuve un apego con una paciente, la conocí acá, supuestamente era muy conocida en todo el hospital, pero la conocí acá. Internada durante mucho tiempo Graciela, no me olvido más. Mi mamá fallece y cuando vengo Graciela estaba en el periodo de empezar a dormirse, a las dos guardias mías fallece, nada, me aprieta la mano y me mira, porque yo siempre les hablo me presento y les digo qué les voy a realizar por más que estén dormido trato de explicarles, hacía varios días que no reaccionaba, me

aprieta la mano, le di las gracias, me sonrió, le dije “descansa en paz” y falleció y lloré. Creo que fue una de las pacientes que más llore su partida.

Repregunta: ¿vos sentís que fue una continuidad del duelo anterior o una reversión del duelo?

R: No, no, abrió la puerta al dolor. Yo siempre veía que el sufrimiento del otro era totalmente ajeno a mí, yo sabía qué hacer y cómo actuar y si no sabía hablaba con uno o con el otro pero trataba de poder conformar sabiendo que están acá y van a morir(postura erguida y firme), entonces es como que ya abrió la puerta que yo tenía abierta del duelo y lo continuo, pero abrió una puerta a que si yo, de hecho he tenido más pacientes que se me murieron y se me “pinta un lagrimón” o termino como angustiada o a veces pido por favor que se apiade(Dios) y pido basta.

5. ¿Usted podría mencionar algún tipo de CA que genere incomodidad al cuidar?

R: Incomodo el cáncer de vulva, de útero, es incómodo el olor, la persona se siente podrirse todo el tiempo y eso es lo que siempre te refiere también, vos sentís el olor, es incómodo.

6. Defina la “incomodidad” con alguna sensación

- Miedo
- Asco, el olor es feo**
- Aprensión
- Lastima
- Angustia

7. Indique en relación a su sensación que tipo de comportamiento experimenta

- Evasión
- Abstracción
- Minimización**

Al contrario, trato de buscar la forma de que ella misma no se sienta el olor y, obviamente, me protejo siempre con un barbijo porque siempre el olor generalmente de provoca como una “acidez” algo feo y no, no, no la evado. Hago lo que tengo que hacer más a menudo para que no se sienta ese malestar ella mejor, no tengo problema.

Repregunta: Entonces ¿intentas minimizar lo que le pasa al otro para atenderlo de la mejor manera posible?

R: Si, sí, siempre. Intento bloquear mi sensibilidad a ese olor y no quiero que la otra persona se dé cuenta que me molesta el olor, yo sé que ellas se dan cuenta,

pero no, no bloqueo(segura), trabajo igual y si necesita que la cambien más cantidades de veces la voy a cambiar, no me molesta para nada.

Repregunta: ¿vos crees que es normal que las personas sufran y se mueran al lado tuyo y vos naturalmente vayas a tu casa y continúes con tu vida normal?

R: Y.. Yo lo normalicé en el momento en el que entre a trabajar a éste lugar. Me preguntan: cómo te fue hoy y mi cabeza aparecen las veces en las que embolso al paciente, he llegado a embolsar tres pacientes por guardia a no embolsar. Yo sé que entro en éste lugar y el tipo de enfermedad que se sufre acá no hay otra salida, no hay un “mañana vamos a tomar mates” la realidad es que no, entonces es como que lo normalicé.

Repregunta: vos crees que la sobreexposicion a esa ese dolor o angustia que réferis te hace como más metódica pero sin perder la esencia de enfermería?

R: Silencio y refiere a que no comprende la pregunta.

Repregunta: Tantas veces que te enfrentas al dolor y la pérdida del otro ¿vos sentís que generas recursos como para afrontar cualquier situación similar sin terminar afectada, es decir, sin evitar ir a cuidarlos o curarlos?

R: Si, si lo hago, me encargo de eso todo el tiempo, a veces hablo con la familia pregunto como era antes, que pasó días antes de estar internado, aunque yo ya haya leído la historia y ya lo sé, entonces ahí me encargo de ver cómo afrontar a la paciente, me encargo de eso. No quiero que interfieran mis sentimientos con el cuidado que tienen que recibir básicamente.

8. Si estuviese en una situación de CA grado 4, con metástasis, irreversible y en cuidados paliativos ¿Que sentirías, cuáles serían tus emociones, esperarías?

R: Lo he pensado un montón de veces y creo que no tenemos otro fin acá, creo que todo termina en un círculo vicioso que termina en éste tipo de enfermedad y si no es así es una enfermedad psiquiátrica porque te lleva a eso, porque a veces es inevitable.

He no, pienso que, la realidad es que yo tengo bien entendido que si a mi me diagnosticaran lo primero que pienso, depende del grado que tenga hago el tratamiento, sino viviría mis últimos días con mi familia, como pudiera, sin ningún tipo de invasión, sin internaciones tratando de que mi familia sea lo más liberal que pueda, si ellos necesitan estar conmigo que estén y sino que cada uno continúe con su ritmo, aunque sé que no lo van a poder hacer pero no tendría ningún tipo de invasión, no iría a otro lado más que a morir y listo , no tendría invasión, no me gustaría.

9. ¿Si vos fueses ese paciente te gustaría que te cuide alguien como vos?

R: Se sonríe, Si!, si me gustaría, me encantaría pero sé que a la vez la otra persona también terminaría igual que yo, entonces sé que tiene que existir gente que cuide gente enferma, con éste tipo de enfermedad, pero uno que ya cuido ya sabe que va a terminar de una forma... redoblando la apuesta en eso. Si, me encantaría que si pido la chata vengan, me gustaría que venga alguien y se presente y me diga "soy fulanita de tal" y voy a estar de tal a tal hora me gustaría eso, nada más que eso.

Se propone un espacio para la reflexión personal si así lo desea

R: No, No. Después de años de oncología llega un momento en el que ya necesitas salir del lugar, es un círculo muy vicioso.

Repregunta: ¿Vos crees que evadir es una forma de protegerte?

R: Si, si, si, si, evadirte te protege totalmente hasta que uno se da cuenta que está evadiendo y se sigue haciendo el "sonso" y decís "y bueno... para dónde arranco" que hago, agarro otra carrera, me tiro para otro lado, ya esto no va, pero si, si, obviamente que si sino no podrías hacerlo, no me imagino una vida de oncología, estoy trabajando para eso, primero por mi psiquis y segundo por mi familia.

Repregunta: ¿Vos trabajas para salir del hospital para no terminar como éstos pacientes?

R: Si, todo lo que hago a mi alrededor como enfermera para profesionalizarme todo lo que pueda es para no terminar así, no quiero ver ese futuro en mí, ni en mi hija ni que mi familia sufra lo que sufren las familias acá. No quiero eso, si lo tienen que pasar por circunstancias de la vida lo pasaran, en ese momento los prepararé y les diré: esto voy a hacer, esto sí, esto no y espero que lo respeten nada más.

Informante B

1. ¿Qué piensa respecto al dolor y la muerte?

R: ¿Con respecto a mis pacientes que yo trato? Hago todo lo posible para que el paciente no sienta dolor porque la muerte, si bien es algo que va a llegar, trato de que sea de la mejor manera, que el paciente no sufra hasta que llegue el momento de su muerte.

Repregunta: entonces ¿el dolor como lo definirías?

R: Como una situación traumática e innecesaria ante una muerte inminente.

Repregunta: o sea ¿vos consideras que siempre que hay muerte lo antecede el dolor?

R: No, no siempre, hablando desde lo que hacemos en pacientes paliativos en fin de vida acá.

2. ¿Qué considera que limitan el confort del paciente y la calidad de atención de enfermería?

R: Hay un montón de cosas, a nivel edilicio la falta de aires acondicionados cuando hace calor o calefacción cuando hace frío, la mala calidad de los colchones, la falta de camas eléctricas y el mal funcionamiento de las camas tan viejas, el inmobiliario es un impedimento bastante difícil de apalear, por otro lado, muchas veces, la falta de responsabilidad de los médicos para con la atención de los pacientes, tanto el factor humano como el edilicio generan un montón de impedimentos para una buena atención de un paciente de las características que manejamos nosotros ¿no?

3. ¿Qué siente cuando un paciente está en fin de vida?

R: La necesidad de acompañarlo de la mejor manera, respetando sus creencias, tratando de darle la mejor calidad "YO" (continua generar empatía) no solo como enfermera sino como ser humano, respetando sus creencias y tratando de escuchar si tiene algún deseo, si, que se yo, quizás una tontería, algún paciente tiene ganas de comer un chocolate y poder ir, comprarlo y dárselo, creo que es importante el respeto y el escuchar a los pacientes porque tiene mucho para decir un paciente que sabe que se está muriendo.

4. ¿Alguna vez sintió apego emocional con algún paciente que pudo hacerle recordar a un familiar y qué sentiste?

R: Si, Miguel Furnos de llamaba, él me hacía acordar mucho a mi papá estaba muy solo en el mundo y en vida(suspira) me pidió que sea yo quien lo desconectara de todo, que sea yo la que preparara su cuerpo y que sea yo la que lo llevara a la morgue y lo cumplí a raja tablas, lo acompañé hasta la entrada de la morgue, el cuerpo ya sin vida y estuve hecha un "mar de lágrimas" durante por lo menos 48 hs.

Repregunta: ¿Sentiste que fue tu segundo duelo?

R: Postura erguida y firme. Sentí que pude hacer el duelo porque ese paciente me hacía acordar mucho a mi papá, a mi papa biológico.

Repregunta: Qué sentimiento te generó.

R: Paz, paz. Silencio. Paz porque pude despedirme, porque pude estar en el momento que dio su último respiro.

5. ¿Usted podría mencionar algún tipo de CA que genere incomodidad al cuidar?

R: Incomodidad al cuidar no, no el CA puntualmente pero las cuestiones que genera, no es un rechazo pero soy muy cuidadosa y a veces miedosa con pacientes traqueotomizados.

6. Defina la "incomodidad" con alguna sensación

- Miedo, miedo a lastimarlo, porque es muy invasivo la desobstrucción o cambio de TQ, miedo a lastimar al paciente más allá del cuidado y de saber cómo hacerlo en 10 años no lo he podido resolver.
- Asco
- Aprensión
- Lastima
- Angustia

7. Indique en relación a su sensación que tipo de comportamiento experimenta

- Evasión
- Abstracción
- Minimización

R: No, voy y primero evaluó al paciente y me tomo todo el tiempo y tranquilidad y calma para hacerlo bien y que el paciente quede cómodo, tranquilo y respirando bien y para quedarme tranquila de que hago las cosas bien.

Repregunta: ¿Vos sentís que el miedo que te genera el traqueotomizado no condiciona que ante la sucesiva demanda continua de atención te condicione el abordaje?

R: No permito que el miedo me bloquee a la hora de ir a limpiarlo pero si me genera un miedo de lastimarlo por eso justamente lo hago con calma, teniendo todos los elementos, evaluando al paciente... o sea si me da miedito lastimarlo pero no dejo que me condicione en mis quehaceres.

Repregunta: Entonces, de alguna manera ¿no sentís que minimizas lo que le sucede al paciente?

R: Postura desafiante. NO! No minimizo lo que le pasa al paciente sino lo que me pasa a mi (autoreferencia con el dedo), me genera miedo lastimarlo al colocar la sonda en la cánula para poder aspirar las secreciones.

8. Si estuviese en una situación de CA grado 4, metástasis, irreversible y en cuidados paliativos ¿Que sentirías o cuáles serían sus emociones?

R: ¿Sentimientos míos propios?

Enojo principalmente porque, en cuestiones personales, implicaría la posibilidad de perderme por ejemplo de ver a mi nieta crecer, enojo, por ese lado.

Hay muchos sentimientos: angustia, ansiedad. Ah y después de salir de todo ese proceso de enojo y explosión para con el diagnóstico, que se yo, vivir, lo que me quede vivirlo bien.

Repregunta: ¿y ese “vivir bien” sería transitarlo cómo?

R: Transitarlo con calma, aprendiendo y entendiendo de qué me están hablando, he.. Preguntando todas las opciones para manejar una relativa buena calidad de vida hasta que llegue el momento, creo que sería muy mental lo mío.

9. ¿Si vos fueses ese paciente te gustaría que te cuide alguien como vos?

R: SI! Porque el enfermero con los años comienza a transformarse en una máquina y las máquinas no sienten, no sonrían, no hacen bromas, ni siquiera hacen pasar un lindo ratito de un lindo momento.

Creo que mi tarea es mas allá de administrar la medicación indicada por los médicos es escuchar al paciente, acompañarlo, quizás no entenderlo, pero escucharlos, repito, creo que un paciente que sabe que se está por morir tiene mucho que decir y creo que me gustaría una enfermera como yo porque una de las tantas cosas que veo todo el tiempo es la cuestión de la fe y acompaño todo el tiempo a mis pacientes mas allá de que no comparta su religión sus creencias, los animo a que tengan fe, esa fe que profesen, creo que es muy importante la fe, creo que es “la muleta” con la que los humanos comenzamos a tener uso de razón hasta que nos morimos, entonces al creer que es algo tan importante los animo mucho a que no pierdan la fe.

Escucharlos básicamente, un abrazo, una oreja, creo que me gustaría tener una enfermera, creo que estoy trabajando en la enfermera que me gustaría tener el día de mañana, sigo aprendiendo. No hace uso del espacio reflexivo.

Informante C

1. ¿Qué piensa respecto al dolor y la muerte?

R: Considero que el dolor en una persona es algo que en realidad es muy difícil de medir para el que está tratando con ese paciente, con esa persona, muchas veces se subestima a la persona que tiene dolor porque es muy difícil de medir, de visualizar, de sentir, de identificar. Justamente en el piso donde yo trabajo la mayoría tiene dolor y la verdad es que es algo cruel el dolor de la enfermedad que padecen mis pacientes. Por mi parte mi funciones nunca subestimar ni descreer del dolor que refiere el paciente y buscar los medios, ya sean indicaciones médicas que me ayuden a poder hacer que ese paciente ya no sienta ese dolor, así de simple, administrar la medicación y poder hacer que este indicada.

Repregunta: ¿el dolor y la muerte que representan en tu vida?

R: Respira profundo y su cuerpo se retrae con los puños cerrados a la altura del pecho. El dolor, hem, en realidad no tuve muchas situaciones de sentir dolor físico en mi cuerpo y la muerte, la muerte me dijiste? La muerte es el fin de una etapa y el comienzo de otra etapa, a si lo considero.

2. ¿Qué considera que limitan el confort del paciente y la calidad de atención de enfermería?

R: Si, yo creo que los enfermeros podemos hacer un montón para que el paciente sura lo menos posible, es decir, en la calidad de atención, en solo mirarlo, en el acompañamiento, más allá de nuestro trabajo, higiene y medicación, tenemos una función muy importante.

Repregunta: ¿Ud. considera que hay condicionantes en la institución que favorecen el estado de dolor y angustia?

R: En nuestro hospital, digamos, lo que es la parte edilicia y la infraestructura es limitada, nos pasó de tener pacientes enormes, con sobrepeso y nos pasó de tener incomodidad por las camas, que están rotas, sabemos que lo ideal es que estén semifowler y muchas veces no podemos subir las cabeceras pero bueno nuestra función es hacer lo que mejor podemos más allá de las limitaciones.

3. ¿Qué siente cuando un paciente está en fin de vida?

R: Muchas cosas conlleva un paciente en fin de vida, muchas veces el paciente ya sabe que está en fin de vida y haces acompañamiento, muchas veces percibís que tiene miedo, inseguridades, muchas veces está solo y sos vos la que esta esas 8 hs. de guardia, algunos tienen la gracia de estar acompañados por su

familia, muchas veces terminas siendo contención de esa familia, digamos que abarca muchas cosas. Me genera mucha empatía, siento que aunque nadie me esté diciendo: “uy tienes que estar ahí, tienes que hacer esto” siento como que me genera empatía, me genera el querer acompañar y ocupar el lugar que en realidad tengo porque es MI paciente estoy en un hospital en donde los pacientes sufren y muchos están en final de vida.

Repregunta: ¿Por qué te referís a “M” paciente y no al paciente del servicio o del hospital?

R: Si, en realidad no lo puedo tomar en forma genérica, es como que me hago cargo esas 8 hs. es mi responsabilidad y siento que en esas 8 hs. puedo hacer un poquito para que sufra menos.

Repregunta: ¿Vos sentís que el ser mujeres te da cierto beneficio a la hora del cuidar?

R: Siento que en el servicio de hombre, al ver una enfermera mujer es más dócil aunque muchas veces depende del carácter de la enfermera.

4. ¿Alguna vez sintió apego emocional con algún paciente que pudo hacerle recordar a un familiar y qué sentiste?

R: Bueno, tuve muchos apegos en realidad pero lo bueno es que siento el apego en la institución, en las horas de trabajo, pienso en casa y hasta sueño con esa paciente pero después puedo separar, no es que estoy 24*7 pensando en ese paciente. Me paso de tener pacientes jóvenes de la edad de mis hijos y tuvimos muchos pacientes con CA de testículos y me paso muchas veces de sentirme la mama y no tanto la enfermera sino la mama enfermera de ese paciente.

5. ¿Usted podría mencionar algún tipo de CA que genere incomodidad al cuidar?

R: Si, hay dos, todos los que tienen que ver con cabella y cuello, CA de lengua, es muy impresionante como va agrandándose hasta tal punto que no pueden cerrar la boca, generan muchos olores, es un tumor feo de ver y muchas veces en cuanto a las curaciones, muchas veces sangran y se desprenden trozos de lengua, eso me genera no rechazo pero son los más fuertes.

6. Defina la “incomodidad” con alguna sensación

-) Miedo
-) Asco
-) **Aprensión**
-) **Lastima**
-) Angustia

R: los de cabella y cuello, los de lengua específicamente son una mezcla entre lastima y aprensión, siento que igual, no dejo de involucrarme y no es que le escapo al entrar si me llama.

7. Indique en relación a su sensación que tipo de comportamiento experimenta

- Evasión
- Abstracción**
- Minimización

R: Es la dos es una aprensión es como que en el momento trato de bloquear y me abstraigo de lo que estoy viendo y oliendo, es esa la sensación y lo que siento sin alterar mi calidad en los cuidados.

8. Si estuviese en una situación de CA grado 4, metástasis, irreversible y en cuidados paliativos ¿Que sentirías o cuáles serían sus emociones?

R: Se de muchas personas cercanas que dicen “ si a mí me pasara algo así” pero no quisiera pasar por ese proceso pero también soy una persona creyente, creo en Dios, si tengo que pasar por una situación así creo que no soy nadie para acelerar nada, obvio que no quisiera sentir dolor, sufrir ni que mi familia me vean pasa por una etapa premortem, si lo tuviese que pasar Dios me daría la fuerza para pasarlo.

9. ¿Si vos fueses ese paciente te gustaría que te cuide alguien como vos?

R: Se sonríe y expresa que suena creída pero le gustaría que alguien la atienda como ella tiende a los pacientes.

Espacio abierto a la reflexión

En entrevistas así te pones a pensar y hay gente que te pregunta ¿cómo podes trabajar en un lugar así? ¿Cómo podes estar 8 hs. con personas que se están muriendo, todo el fin de semana? Nosotros vemos a los pacientes ingresar a hacerse una quimio y al mes, con suerte a veces antes los ves que están en final de vida, así como los viste caminando lo terminas embolsando aunque suene duro. Cuando tenés entrevistas así es cuando decís “Wow” este es mi lugar, es como que uno aprende, no sé si está en uno o es innato a bloquear, creo, las cosas que nos hacen mal, que nos dan tristeza y nos angustian y es como que prendes a tener empatía con ese paciente y esa familia y lo podes llevar, es el lugar que elegiría para volver a trabajar porque estar con un paciente oncológico es estar con un niño por

la vulnerabilidad, no sabe si lo van a visitar o que le va a pasar. Nos vamos preparando entre nosotros con chistes incluso para canalizar lo que acabamos de sentir al atender al pacientes. No es para cualquiera estar acá.

Informante D

1. ¿Qué piensa respecto al dolor y la muerte?

R: El dolor es la experimentación desagradable que puede ser físico, emocional, espiritual o social y que condiciona a la persona en todos sus ámbitos. La muerte es el fin de la vida y un momento de liberación total.

2. ¿Qué considera que limitan el confort del paciente y la calidad de atención de enfermería?

R: Las características edilicias como las camas y los muebles, aparte de lo pequeñas que son las unidades y el color deprimente de las paredes son claros condicionan el clima terapéutico, es como que lo deprimen al paciente que a veces se entretiene con el sonido de la radio de otro compañero de bloque.

3. ¿Qué siente cuando un paciente está en fin de vida?

R: Siento lastima y a su vez paz, porque sé que estamos ahí para que no sufra, muchas veces los escuchamos decir que ya están listos y que no quieren vivir más y ese es el momento donde la paz reina. Todos estamos alineados para que suceda lo que esperamos.

Repregunta: ¿Pero es normal que las personas se mueran o que tu paciente muera?

R: Si, claro que es normal, nadie es eterno aunque deseemos serlo. Lo ideal es morir dormido pero no siempre es así por eso desde los enfermeros, que somos grandes monitores, se trabaja mucho para que el paciente esté asintomático.

4. ¿Alguna vez sintió apego emocional con algún paciente que pudo hacerle recordar a un familiar y qué sentiste?

R: No hasta ahora pero a veces es tanto el deterioro que no es que me apego pero deseo que trascienda rápido.

5. ¿Usted podría mencionar algún tipo de CA que genere incomodidad al cuidar?

R: Si, CA de lengua, me impresiona el tamaño de la lengua, la continua salivación por la apertura bucal, me da asco el olor al curarlo o aspirar sus secreciones

6. Defina la "incomodidad" con alguna sensación

- Miedo
- Asco**
- Aprensión
- Lastima
- Angustia

7. Indique en relación a su sensación que tipo de comportamiento experimenta

- Evasión**
- Abstracción
- Minimización

R: Mi mente constantemente quiere evadir las demandas del paciente pero sin alterar mi calidad de cuidados abordo la situación evitando centrar mi atención al detalle, es claro que evado y en algunas oportunidades me abstraigo.

8. Si estuviese en una situación de CA grado 4, metástasis, irreversible y en cuidados paliativos ¿Que sentirías o cuáles serían sus emociones?

R: Primero sentiría alivio porque si llegamos a eso es porque algo anormal mi cuerpo revelaba, después sentiría angustia y ocuparía lo que me queda de tiempo en organizar documentos o pendientes para que cuando me vaya todo quede ordenado porque aun en la ausencia seguiría estando. Me gustaría estar en mi casa y morir en una Institución de salud, controlando el dolor con claras indicaciones de no invasión y no alimentación enteral.

9. ¿Si vos fueses ese paciente te gustaría que te cuide alguien como vos?

R: Si, si me gustaría porque soy dedicado y cuidadoso al explicar cada manifestación clínica de la afección para que los familiares no tengan miedo.

No hace uso del espacio reflexivo.

Informante E

1. ¿Qué piensa respecto al dolor y la muerte?

R: Que es el dolor, la verdad que es, es algo como que... es algo que estas sufriendo que estás pasando el dolor, un sufrimiento, es un dolor que nadie quiere. La muerte es parte de la vida: naces, creces y Moris, son etapas de la vida. La muerte es natural y el dolor no, no tiene que estar relacionadas.

2. ¿Qué considera que limitan el confort del paciente y la calidad de atención de enfermería?

Las camas, como se dice... hotelería, tema de atención está bien es hotelería el condicionante.

3. ¿Qué siente cuando un paciente está en fin de vida?

R: Silencio. Qué siento, siento pena más por la familia y quisiera que el paciente si ya se tiene que ir no sufra más, pena me da, me da mucha lastima por la familia, me pongo en lugar de la familia por el familiar que se va apagando.

4. ¿Alguna vez sintió apego emocional con algún paciente que pudo hacerle recordar a un familiar y qué sentiste?

R: Si, lo he llevado a mi casa y he llorado en mi casa, uno dice que no se puede y muchas veces llevamos el dolor del lugar del trabajo a la casa y hay que separar porque no corresponde.

Repregunta: ¿Y qué fue lo que te conectó con ese paciente?

R: La edad, la edad porque es la misma que tiene mi hijo, la edad, el tiempo en el que hablas, te cuenta, te cuenta parte en su vida, lo que hizo

5. ¿Usted podría mencionar algún tipo de CA que genere incomodidad al cuidar?

R: Si, de lengua, duda, cabeza y cuello. Me la impresión.

6. Defina la "incomodidad" con alguna sensación

- Miedo
- Asco
- Aprensión
- Lástima**
- Angustia

7. Indique en relación a su sensación que tipo de comportamiento experimenta

- Evasión
- Abstracción
- Minimización**

Minimizo me da mucha pena y lastima y lloro. Yo lo atiendo, le pregunto si necesita algo, que me llame pero soy igual que con los demás pacientes.

Repregunta: ¿esa minimización es producto de la angustia o de la lastima?

R: es de angustia, me da mucha angustia.

8. Si estuviese en una situación de CA grado 4, metástasis, irreversible y en cuidados paliativos ¿Que sentirías o cuáles serían sus emociones?

R: Evade, duda y realiza silencio. Es una pregunta que bloqueo. Me gustaría que sea ambulatorio, no quisiera estar internada porque creo que me causaría más, me deprimiría peor de lo que estoy.

9. ¿Si vos fueses ese paciente te gustaría que te cuide alguien como vos?

R: Si. Porque tengo empatía, quisiera que la enfermera se ponga en lugar del paciente.

Informante finaliza la entrevista de manera vehemente.

Informante F

1. ¿Qué piensa respecto al dolor y la muerte?

R: Con respecto a la muerte, pienso que nacemos creyendo que la muerte es otra cosa, no nos damos cuenta que es parte de nuestro ciclo, lo tomamos como algo terrorífico, es difícil entenderla, no es fácil pero cuando uno está enfermo tiene que sumarle el sufrimiento más el hecho de saber que se va a ir y también tiene mucho que ver la situación de la persona porque a veces tiene hijos muy chicos o una situación particular que hace que quiera seguir estando en éste plano, por decirlo de alguna manera y eso no lo deja transitar. La muerte no debería ser un momento trágico porque en realidad es, no lo que uno piensa, es algo más profundo, se nos enseña mal desde chicos.

2. ¿Qué considera que limitan el confort del paciente y la calidad de atención de enfermería?

R: Con respecto a la atención de los pacientes, lo que puede llegar a limitar es la falta de recursos que pueden ser recursos humanos, materiales, la misma familia que puede tener conflictos familiares, todo eso crea un entorno un poco menos o más desagradable de lo que debería ser.

3. ¿Qué siente cuando un paciente está en fin de vida?

R: Pienso que es el momento en donde uno más debe empatizar con la persona porque realmente, primero porque está frente, no solo el paciente sino uno mismo, está frente a algo desconocido entonces es lógico que sientas, porque son muy pocas las personas que logran comprender ese momento y sentir paz. Está relacionado, también, a la forma en la que vivió la persona, pero lo ideal es acompañarla en todo momento y entender su situación.

4. ¿Alguna vez sintió apego emocional con algún paciente que pudo hacerle recordar a un familiar y qué sentiste?

R: A veces me ha pasado con gente que es muy joven o con gente muy mayor, hoy en día, antes si sentía lo que se dice apego pero hoy en día no porque

pienso que esa persona está transitando por un camino que, más allá del dolor y el sufrimiento que puede estar pasando lo veo o trato de verlo como parte de su camino, lo que le toca transitar en éste mundo.

Repregunta: ¿y qué es lo que supones que cambio en vos o que se generó en vos que antes te generaba apego y ahora no? ¿Sentís que hubo un cambio en vos como enfermera?

R: Si, ser enfermera en oncología y de pacientes terminales definitivamente cambió mi vida, si, si, si completamente. Justamente acá he visto cosas, he tenido experiencia de todo tipo que me han hecho entender las cosas de otra manera, pero bueno creo que eso es muy personal, cada persona lo vive muy diferente, hay gente que no. En mi caso me cambió, me tranquilizó, me da paz en algunos aspectos.

Repregunta: ¿Vos sentí que en alguna parte tuya generaste recursos para poder superar éstas situaciones?

R: Si, porque mucha gente me ha dicho que gracias a la enfermedad, ella era de una determinada manera y gracias a la enfermedad pudo ver las cosas diferentes, bueno, yo como enfermera, viendo cosas que nunca las hubiese visto sino hubiese estado acá adentro me doy cuenta que todo es distinto a como uno lo piensa o lo ve al estar frente a éstas situaciones.

5. ¿Usted podría mencionar algún tipo de CA que genere incomodidad al cuidar?

R:.. Hasta hace un tiempo me pasaba con los pacientes y sin embargo es uno de los que más me gusta tratar de CA de cabeza y cuello sobre todo el pacientes traqueotomizado pero lo que en un primer momento me producía rechazo.

6. Defina la “incomodidad” con alguna sensación

-) Miedo
-) Asco
-) Aprensión
-) Lástima
-) **Angustia**

R: A lo mejor lo que me daba angustia era ver a alguien que le faltaba el oxígeno, ver a alguien que se ahogue, eso sí me ha provocado una desesperación interna, a mí, pese a que yo no estoy padeciendo eso pero bueno, eso fundamentalmente.

7. Indique en relación a su sensación que tipo de comportamiento experimenta

-) Evasión

) **Abstracción**

) Minimización

R: En general nunca hice, nunca evadí al paciente, no tuve ese problema, tampoco lo hice como que estaba obligada porque de hecho lo que estudie lo estudie por convicción, no me obligaron, lo que hago lo hago porque me gusta. A lo mejor en un primer momento tenía miedo de equivocarme o una cosa así pero no, no tengo, me duele eso si ver el sufrimiento de la persona, yo no creo que haya alguien que no sienta.

Repregunta: ¿Y ante ese sufrimiento como te comportas?

R: Me uno al sufrimiento, me uno al sufrimiento y si puedo mejorar, mejorarla la situación del momento trato de cambiar eso sea con medicación, aunque sea hablándole, no, con el sufrimiento me uno.

Repregunta: Desde algún lugar puedes decir que entender lo que le pasa al paciente te abstrae de la situación para no ser lastimada pero acompañas?

R: Si, si, si, si. Me duele la situación de ver llorar a alguien porque calculo que eso es parte de nuestro, creo que la enfermería es parte de eso, de la enfermería, del acompañamiento, pero en ningún momento me separo.

Repregunta: ¿En ningún momento despersonalizas al sujeto?

R: No, no. Al contrario, para nada, aun en lo más desfavorable y cada vez, con los años me he dado cuenta que lo he transitado mejor, como mejorando.

Repregunta: ¿Y por qué crees que transitas mejor ante la sobre exposición al dolor y la muerte?

R: Porque a lo mejor han pasado cosas en mi vida que me demuestran que lo que a lo mejor es una cosa no es así, eso es.

8. Si estuviese en una situación de CA grado 4, metástasis, irreversible y en cuidados paliativos ¿Que sentirías o cuáles serían sus emociones?

R: Tendría, en un primer momento, sentiría como cualquiera un estado de shock pero no, aceptaría la situación pero tengo muy claro que uno puede pasar cualquier cosa en cualquier momento pero sin embargo, no sé cómo explicarlo. Lo aceptaría porque creo en Dios y si es su voluntad, buscaría la forma de transitarlo lo mejor posible pero no sería, trataría de no desbordarme ni enloquecerme.

9. ¿Si vos fueses ese paciente te gustaría que te cuide alguien como vos?

R: Si, me gustaría que me cuidase alguien parecido a mí porque pienso que podría hablar con esa persona, hablar ayuda mucho a las personas porque cuando uno dice las cosas no solamente sale por la boca lo que uno dice sino uno mismo se escucha y uno se ayuda a sí mismo y si una persona, una enfermera te pone la oreja, o enfermero, ayuda porque esa persona está diciendo lo que tiene adentro y lo está pudiendo exteriorizar.

Repregunta: ¿Por qué alguien similar a vos y no alguien igual? ¿Qué es lo que te falta para sentir que para tu autocuidado la mejor opción sos vos?

R: Porque pienso en que cada uno es individual, o sea, me gustaría que tenga las mismas convicciones, pensamientos o sea no que fuese alguien exactamente igual a mí. Seguramente me deben faltar muchas cosas pero, que pensara de la misma manera o en su vida quisiera llegar a lo mismo que quiero llegar yo. Que sea exactamente igual a mí no sé hasta qué punto, pero que por lo menos que nos podamos entender.

Espacio de reflexión

Si es por cambios es evidente, sino tendría que decir que no aprendí nada en todos éstos años, pienso que es una cuestión de tiempo, experiencia. En general, a lo mejor antes era más terca en algunos aspectos y hoy en día me di cuenta que tengo que tomarme las cosas como vienen y hacer lo que mejor posible en el momento posible de acuerdo a cómo se presentan y ya no me quejo tanto, no me quejo tanto. Antes me quejaba mucho más. En general me quejaba de cosas tontas. Siento que me hablan de, lejos pero lejos, mejore yo como persona un montón.