



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

CICLO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TALLER DE PRODUCCIÓN DE TESINA 2018

**“Sentimientos y vivencias con la muerte”**

**Según la experiencia y trayectoria del Licenciado**

**en Enfermería Rubén Darío Soria**

**Investigadores:**

- Carrillo Jonathan
- Farias Lorena
- Zalazar Gonzalo

**Entrevistado:**

**Lic. Rubén Darío Soria**

20 FEBRERO 2019- MENDOZA

## Advertencia

*“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.*

## Acta de Aprobación

Presidente:.....

Vocal 1:.....

Vocal 2:.....

Trabajo Aprobado el: ...../...../.....

## Agradecimientos

Queremos agradecer al Sr Rubén Darío Soria por habernos permitido conocer su historia de vida lo que nos resultó muy gratificante. Conocer sus experiencias y anécdotas nos motiva y alienta a seguir por este mismo camino que tantas satisfacciones nos ha dado.

Agradecemos el apoyo incondicional y compromiso de la profesora María José Ficcardi para la realización de la Tesis.

## Índice

Advertencia.....	II
Acta de Aprobación.....	III
Agradecimientos.....	IV
Indice.....	V
CAPITULO I.....	1
Introducción.....	2
Planteo del Problema.....	3
Objetivo General.....	3
Objetivos Específicos.....	3
Justificación.....	4
Marco Teórico.....	5
CAPITULO II.....	22
Diseño metodológico.....	23
Tipo de Estudio.....	23
Análisis de datos.....	23
Unidad de análisis:.....	24
Entrevista:.....	24
Línea de tiempo.....	25
Variables.....	26
Análisis y procesamiento de datos.....	26
Tabla 1: Línea del tiempo.....	26
Tabla 2: Variables.....	28
CAPITULO III.....	30
Conclusión General - Interpretaciones.....	31
Implicaciones personales de los investigadores.....	33
Bibliografía.....	36
APENDICE Y ANEXOS.....	38
Entrevista.....	39
Consentimiento informado.....	79
Fotos.....	80



# CAPITULO I

## Introducción

Los alumnos del Ciclo de Licenciatura de la Universidad Nacional de Cuyo, decidimos realizar la siguiente investigación elaborando en una línea de tiempo la vida profesional de un enfermero analizando como afectaron los sucesos de la muerte en su carrera profesional.

Este trabajo se realizó mediante una entrevista al Sr. Licenciado Darío Rubén Soria en el mes de septiembre de 2018, se obtuvieron datos cualitativos que lograron aportar respuestas a los interrogantes planteados.

Los sentimientos involucrados en el trabajo cotidiano del personal de enfermería reflejan, momentos de intenso dolor por la pérdida de un familiar, amigos, pacientes que lo marcará de distintas maneras y que influirá a través del tiempo en cómo afrontar la muerte.

La profesión de enfermería está orientada hacia la prevención, recuperación y curación, es decir enfocada a la vida, como también a las emociones y sentimientos que deben ser atendidos y por ello es imprescindible estar capacitados para afrontar eventos como la muerte y así ayudar a otras personas a superar los suyos.

El entrevistado nos brindará su valiosa experiencia de vida al describir las emociones que generaron pérdidas humanas en sus 34 años de servicio laboral y personal como así también en su decisión de realizar paliativos en la actualidad.

## Planteo del Problema

Las enfermeras y los enfermeros, sus prácticas profesionales, y la muerte como suceso continuo que atraviesa la vida de las enfermeras, los enfermeros y sus prácticas, a través de su propia voz. La vida de un Profesional de Enfermería.

## Objetivo General

- Analizar a través de la experiencia de un Enfermero Profesional, como afecta la muerte en nuestro ámbito laboral y personal.

## Objetivos Específicos

- Describir la historia de vida de un Enfermero.
- Caracterizar a través de una línea del tiempo la historia de vida.
- Contextualizar la línea del tiempo en el proceso socio histórico local y nacional.
- Analizar los eventos que se enfrentan ante la muerte.
- Identificar como afectó los sucesos de la muerte en su carrera profesional.

## Justificación

La siguiente tesis permitirá comprender las vivencias de un Licenciado en enfermería frente a la muerte a lo largo de su carrera profesional, permitiendo reflexionar sobre la práctica que se realiza actualmente en cualquier ámbito laboral y personal.

Consideramos esencial investigar este tema por la importancia de nuestra profesión acompañando a los sujetos en los momentos de la muerte, como singularidad de nuestra práctica, y como tema delicado que puede afectar la propia práctica y la vida personal, por ello es necesario saber que les sucede a las enfermeras y enfermeros.

## Marco Teórico

La muerte es la pérdida total de las funciones vitales, es inevitable. Todos los seres humanos somos mortales y en un punto de nuestras vidas nos enfrentamos a ella pero en el ámbito de la salud se experimentan en cierta medida como un hecho social, ya que morir es un acontecimiento universal y se afrontan de manera habitual en el personal de enfermería.

Los sentimientos que se experimentan al momento de ver morir a un paciente son variadas, dependiendo de la edad del paciente, no es lo mismo ver morir un paciente de 5 años, 16 años como más un geronte que tuvo la oportunidad de vivir.

Se perciben sensaciones de tristeza, ansiedad, impotencia, duelo, en la que se necesitan una comprensión profunda para procesar el impacto que provoca la muerte en el enfermero y la enfermera Profesional, quienes están más relacionados a aliviar el dolor aun si se encuentra ayudando a calmar síntomas físicos que conllevaran a la muerte inminente.

El sufrimiento del enfermero y la enfermera frente a la muerte es una experiencia consciente de dolor que debe afrontar a la largo de su vida como también en su ámbito laboral.

La enfermería está enfocada hacia la prevención, recuperación o mantención de salud de sus pacientes, existiendo una deficiencia en la preparación de los enfermeros y enfermeras profesionales en su formación para procesar la angustia que provoca la muerte del paciente.

Los sentimientos de cada profesional son elaborados de distintas maneras y dependerán de sus opiniones, creencias, valores, sentimientos y aspectos culturales.

La muerte sigue siendo aún en la actualidad un tema del que la mayoría de las personas se niegan a hablar, y así se torna casi imposible realizar una reflexión



de lo acontecido que permitirá elaborar un duelo y no crear mecanismos de defensas que provocan angustia y sufrimiento cuando esta situación impactante influya en la calidad de atención presentada a los pacientes y en su vida personal. El enfermero y la enfermera profesional a lo largo de su carrera deberá atravesar momentos de intenso dolor por la pérdida de un familiar, amigos, pacientes que lo marcará de distintas maneras y que influirá de acuerdo a sus conocimientos a través del paso del tiempo con sus experiencias e incorporando nuevos valores y siendo capaz de afrontar el proceso de la muerte de un paciente. <sup>1</sup>

## **Enfermería y la muerte**

La profesión de enfermería expone al enfermero y enfermera cada día a situaciones de dolor, sufrimiento y la muerte. Por esto, se necesita tener una formación adecuada para afrontar temas tan difíciles. La enfermera y el enfermero son capaces de ofrecer cuidados en todo momento de su vida, posee habilidades que le permitirán acompañar en todo momento a pacientes terminales y a sus familiares quien posteriormente se enfrenta al proceso de duelo.

La enfermera y el enfermero son las personas que llegan a conocer y a detectar con más acierto, las necesidades y preocupaciones del paciente.<sup>2</sup>

Virginia Henderson:

“La función propia de la enfermería consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a la hora de su muerte (...)”<sup>3</sup>. Virginia Henderson ya comprendía los cuidados del enfermo ante el paciente que va a morir.

Florence Nightingale: (1858).

Se centra en el entorno, definiendo como un acumulo de “todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un

---

<sup>3</sup> Virginia Henderson “Enfermería y la muerte”. *Enfermería. Global. Internet. 14 Junio 2016.*

<sup>3</sup> Florence Nightingale. . “Enfermería y la muerte”. *Enfermería. Global. Internet. 14 Junio 2016.*

organismo y son capaces de evitar, suprimir o contribuir a las enfermedades, los accidentes o a la muerte”<sup>3</sup>

OMS: Definición de muerte:

Es una imperiosa necesidad para evitar errores y fallas en los métodos de los diagnósticos “La constatación de la muerte no es solo una cuestión médica sino que también es legal”<sup>4</sup>

#### **Definición de muerte:**<sup>4</sup>

La muerte científicamente, es dejar de existir. Es cuando el cuerpo tiene colapso de sus órganos vitales, teniendo una parada progresiva de toda actividad del organismo, pudiendo ser de forma súbita, enfermedades agudas, accidentales o lentas, enfermedades crónicas, seguidas de una degeneración de los tejidos.

- Tristeza:

Estado de ánimo que se caracteriza como una emoción negativa que implica sufrimiento y privación de los afectos. La tristeza como toda emoción tiene una función social y otra adaptativa ya que ayudan a que el individuo se exprese comunicando sucesos como pérdidas o decepciones, favoreciendo la reflexión y el autoconocimiento y porque induce al desahogo.

- Ansiedad:

La ansiedad es un estado emocional inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por la combinación única de sentimientos de tensión, opresión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos. La angustia es un estado generalizado de excitación que psicológicamente se traduce, por un sentimiento de amenazas o peligro al que el ser humano se siente expuesto.

---

<sup>4</sup> OMS. Organización Mundial de la Salud. Cuidados Paliativos. Internet. Publicación 10 Septiembre 2015.

- Impotencia:

La impotencia es el dolor emocional de no poder remediar una situación o circunstancia desagradable, o de no poder llevar a cabo un proyecto, sentimiento o idea de acuerdo con lo anterior.

- Sufrimiento:

“Es el estado de insatisfacción profunda que puede estar asociado al dolor físico, pero es sobre todo una experiencia sobre la muerte. Nace del deseo, apego, odio, orgullo, celos, falta de discernimiento y de todos los factores materiales que se denominan “oscurece dores” por que perturban la mente y la suman a un estado de confusión o inseguridad. Es imposible atenuar la angustia mental sin haberte liberado antes de una molestia física, constante”.<sup>4</sup>

- Duelo:

Es la respuesta emotiva a la pérdida de alguien o de algo, se refiere a procesos psicológicos y sociales que siguen a la pérdida de una persona, objeto o evento significativo con las siguiente reacción emocional, sufrimiento al romperse un vínculo.

Determinantes que influyen en la elaboración del duelo son:

- El tipo de relación afectiva con el fallecido.
- Duración de la enfermedad mortal y agonía.
- Parentesco.
- Edad del fallecido.
- Creencias religiosas, espirituales.
- Experiencia de duelos anteriores.

## Etapas del duelo:

En 1969 la Psiquiatra suiza-estadounidense, Elizabeth Kubler, describe 5 etapas de duelo en su libro "Sobre la muerte y los moribundos". No necesariamente se producen en un orden específico ni dura lo mismo para todas las personas. La clave para comprender las etapas es no sentir que debemos pasar por todas ellas. No se debe juzgar la forma a que una persona experimenta su dolor, ya que cada uno lo vive de manera diferente.

1. Negación: La primera reacción que mostramos tras una pérdida dolorosa es negar la realidad de la realidad de la situación. Muchos suelen pensar: "Esto no está pasando, esto no puede estar pasando". Es una reacción normal y una manera de racionalizar las emociones abrumadoras. Es un mecanismo de defensa que amortigua el impacto inmediato de la pérdida. Bloqueamos las palabras y escondemos los hechos. Esta es una respuesta temporal que nos lleva a través de la primera vivencia del dolor.
2. Ira: A medida que la negación comienza a ocultarse y a desgastarse, la realidad y el dolor afloran. Pero aún no estamos listos. La intensa emoción de dolor se desvía, reorientándose y se expresa de manera contradictoria en forma de ira. El enojo puede estar dirigido por ejemplo, a amigos o familiares. La ira puede enfocarse también hacia el ser querido fallecido. Racionalmente sabemos que la persona no tiene la culpa. Podemos sentirnos resentidos por causarnos tanto dolor al dejarnos. Nos sentimos culpables por estar enfadados y esto nos hace enfadarnos más todavía. Pero el duelo es un proceso personal que no tiene límite de tiempo, ni una forma "correcta" de pasarlo.

3. **Negociación:** Esta es una reacción normal a los sentimientos de impotencia y vulnerabilidad, es una necesidad de recuperar el control. Esta puede suceder antes de la pérdida, en caso de tener a un familiar con enfermedad terminal, o después de la muerte para intentar posponer el dolor que produce el abandono. En realidad surge la esperanza de que se pueda de algún modo retrasar el dolor. Si hubiéramos buscado atención médica antes si hubiéramos tratado de ser mejor persona con. En secreto, podemos hacer un trato con Dios o nuestro poder superior, en un intento de posponer lo inevitable. Esta es una débil línea de defensa para protegernos de una realidad dolorosa.
4. **Depresión:** Hay dos tipos de depresión asociados al duelo. La primera de ellas es una reacción a las implicaciones reales relacionadas con la pérdida. La tristeza y el pesar predominan en este tipo de depresión. Nos preocupamos por los costos, por el entierro. Nos preocupamos que a nuestro pesar hemos pasado menos tiempo con otras personas que dependen de nosotros. Esta fase puede aliviarse con el acompañamiento los demás y palabras amables. El segundo tipo de depresión es más sutil y en cierto sentido, más privada. Es nuestra preparación frente a la separación y la despedida personal de nuestro ser querido. A veces todo lo que realmente necesitamos es un abrazo.
5. **Aceptación:** Llegar a esta etapa del duelo es un regalo que se presentará al final del proceso. La muerte puede ser repentina e inesperada y nos parece que no es necesariamente un signo de valentía resistir lo inevitable y negarnos la oportunidad de hacer las paces con nosotros mismos-. Esta fase se caracteriza por la retirada y la tranquilidad final. Esto no significa que sea un periodo de felicidad, es más bien un periodo de paz, es el momento en el que hacemos las paces con la pérdida que hemos sufrido, dándonos la oportunidad de vivir nuevamente a pesar de la ausencia. Los seres queridos que están enfermos o terminales, parecen pasar también por un periodo final de retirada. A pesar que no siempre son conscientes de su propia muerte inminente,

en ocasiones el deterioro físico puede ser suficiente para producir este tipo de respuesta.

#### Manifestaciones del Duelo:

1. Reacciones Físicas: Llanto, somnolencia, taquicardia, punzadas en el pecho, falta de aire (disnea), hiperventilación, pérdida de pelo, sudor, temblores, sequedad de boca, anorexia, bulimia, debilidad, pérdida de la fuerza física, rigidez física, sensación de vacío, sensación de inquietud, pánico, asfixia, dolor de cabeza.
2. Reacciones afectivo-emocionales: Shock, aturdimiento, pánico, incredulidad, confusión, rechazo, miedo, angustia, depresión, culpa, inseguridad, tristeza, nerviosismo, alivio, cariño, amor.
3. Reacciones cognitivas: Ideas de suicidio, falta de interés, falta de concentración, falta de memoria, pérdida de control, sueño, miedo, pensamientos raros, falta de autoestima, auto culpa, negación, demanda de justicia.
4. Reacciones conductuales: Pérdida de confianza, resentimiento social, problemas familiares, sociales y económicos, aislamiento, retraso del comportamiento, trastorno de conducta.
5. Reacciones espirituales: Conciencia de propia finitud, ilusión de inmortalidad perdida, refugio en la fe y creencias religiosas, proceso de crecimiento. <sup>5</sup>

La dignidad mostrada en el momento de morir de nuestros seres queridos puede ser su último regalo hacia nosotros. Hacer frente a la pérdida es, en última instancia, una experiencia profundamente personal y singular, nadie puede ayudarnos a ir a través de ella con mayor facilidad ni entendiendo todas las emociones por las que estamos pasando. Sin embargo, otras pueden estar allí para nosotros y ayudarnos a través de este proceso. Lo mejor que podemos hacer es permitirnos sentir dolor. Resistir solo servirá para prolongar el proceso natural de curación.

## Tanatología:

Abordan todo lo relacionado con el fenómeno de la muerte en el ser humano: la pérdida, el sufrimiento psicológico, las relaciones significativas del enfermo, el dolor físico, las voluntades anticipadas, los aspectos legales, la observación del trato humanitario, que ha de brindarse al paciente moribundo y el acompañamiento para él y su cuidador ya que la pérdida la sufren ambos.<sup>6</sup>

## Principios de la Tanatología

Está basada en el principio de cuidar más allá de curar, se propone disminuir los sufrimientos de los pacientes, mejorar la calidad de vida, ayuda a que se preparen para la muerte y que algunos pacientes se reconcilien con la vida según su caso.

Se intenta aumentar la calidad de vida del enfermo terminal como también el de las personas que se encuentran cerca de él, de manera afectiva y profesional.

Las pérdidas motivan una situación de duelo. Lo que la tanatología apoya a la persona en el manejo de estas situaciones.

La tanatología es necesaria en diferentes ocasiones como:

- Cuando se pierde un trabajo
- Ante el dolor y la desesperanza de perder un ser querido.
- Cuando se termina una relación de pareja.
- Ante el dolor de sufrir la pérdida material.
- Ante el impacto que causa el saber que se tiene una enfermedad incurable.<sup>7</sup>

### Paliativo:

Su definición sirve atenuar o suavizar los efectos de una cosa negativa, como un dolor, un sufrimiento o castigo.

### Cuidado paliativo:

“Es el cuidado activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamientos curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial”. *O.M.S.*

### Objetivos de cuidados paliativos, según OMS:

- Alivio del dolor y otros síntomas.
- No alargar ni acortar la vida.
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual.
- Reafirmar la importancia de la vida.
- Considera a la muerte como algo natural.
- Proporciona sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible.
- Dara apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo.

### Enfermería y los cuidados paliativos:

Cuando los recursos para curar o controlar la enfermedad han fracasado, no queda la labor de cuidar al paciente hasta el momento de su muerte.

Un síntoma en el enfermero terminal, se puede además de con fármacos, con los cuidados integrales que son propios del labor de enfermería.

Nuestra meta será evitar en la medida de lo posible el problema y resolver o paliar aquellos que surjan inconvenientes.

### El enfermero, las enfermeras y cuidados paliativos:

Va más allá de proporcionar asistencia directa a necesidades exclusivamente físicas. Más bien planificar los cuidados desde la continuidad, flexibilidad, accesibilidad.

Es saber estar y acompañar en la vida diaria del enfermo y su familia, integrar a la familia en el acto de cuidar. Contiene escuchando, se precisa ser sensible y estar pendiente del confort del paciente.<sup>8</sup>

### **Teóricos filosóficos**

*Martín Heidegger:*

Definió en “El ser y El tiempo” la muerte como algo que se presenta en la hora de la vida del hombre que al morir “se asegura del supremo poderío de su libertad cierta y temerosa para morir”.<sup>9</sup>

*Platón:*

Es una liberación del alma del mundo tangible para acceder al mundo de las ideas donde ya estuvo antes de unirse al cuerpo.<sup>10</sup>

*Freud:*

La muerte de una persona y el dolor que conlleva produce un descalabro en la actitud convencional y nos confronta en la actitud convencional y nos confronta de golpe con lo real de la muerte.<sup>11</sup>

*Epicuro:*

Paro que preocuparse de la muerte si cuando el ser humano vive, ella no está, mientras que cuando ella llega, el ya no está”.<sup>12</sup>

*Carpenito 1987:*

El duelo es el estado en el que un individuo o familia experimenta una pérdida real o percibida (persona, objeto, función, estatus, relaciones).<sup>13</sup>

*Burgess:*

El duelo puede considerarse como un proceso social, ya que puede manejarse mejor cuando es compartido y asistido por los demás.<sup>14</sup>

*H. Peplau:*

La muerte es una situación que puede causar gran tensión, también es posible que falten las palabras o estas sean inadecuadas.<sup>15</sup>

### **Aspectos culturales y religiosos de la muerte a lo largo de la historia:**

*El morir como hecho social*

Las muertes ocurren dentro de un orden social, los pensamientos, actividades, proyectos, planes y esperanzas de los otros están más o menos vinculadas a la persona que muere y al hecho de su muerte. El carácter de este vínculo está dado en parte por la ubicación de la persona en una diversidad de El concepto morir, desde una perspectiva filosófica cabe aceptarlo como la descripción del ser de toda persona, tiene un sentido estrictamente limitado en su uso específico en el ambiente del hospital.

Las muertes ocurren dentro de un orden social, los pensamientos, intereses, estructura social, es decir, familia, el hospital, las carreras ocupacionalmente estructuradas de la sociedad, sistemas de edades, etc... Y proporciona a su vez variados grados de importancia a la anticipación de la muerte y al establecimiento de cursos de acción sobre la base de la anticipación. Las muertes ocurren también dentro de un orden médico organizacional. La programación de los tratamientos, las actividades de diagnósticos y pronósticos, la disposición de tiempo, interés y dinero son elementos que integran los intereses prácticos y autorizados de los profesionales médicos, y la anticipación de las muertes figura en un lugar muy importante dentro de su organización concreta.

La mirada del sociólogo puede enriquecer al médico y enfermo con información acerca de la organización y estructura sociales, como también porque ese mundo es tan social desde sus relaciones de status jerárquicamente organizadas hasta la actividad de observar por el microscopio

y anunciar un descubrimiento, como cualquier otro dominio de la actividad humana colectiva. Intenta demostrar el fenómeno "muerte y morir" como lo ven los mismos médicos y enfermeros, que estos sucesos no pueden describirse en ningún nivel sin recurrir al carácter socialmente organizado de las actividades judiciales y consideraciones administrativas que se hayan implicadas en su descubrimiento, tratamientos, consecuencias y efectos.

"Morir" se convierte en un proceso notable e importante en la medida en que proporciona a los demás, al igual que al paciente, un medio para orientarse hacia el futuro, para organizar actividades, según la expectativa de la muerte, para "prepararse a ella".<sup>5</sup>

Los médicos y enfermeros no tratan el "morir" sino los males, síntomas y acontecimientos.

En cuanto al término " muerte" es propuesto un sentido más amplio de la palabra es decir, donde la muerte es la base necesaria para realizar ciertos actos, como por ejemplo la autopsia, que es el disponer de los efectos personales del muerto, contratar empresas mortuorias, colocar un cadáver en la morgue, e informar a las compañías de seguro, estar de duelo, anunciar el contenido de un testamento, transferir las propiedades otro nombre, y en general encajar en las actividades de organización, ceremonias y económicas que se hallan asociadas con la muerte, aquellos asuntos que marcan el "final" de la existencia "social".<sup>6</sup>

Los problemas psicológicos y socioculturales relacionados con la muerte:

Los pacientes en fase terminal tienen muchas necesidades en cuanto a lo emocional, espiritual y física, por eso siempre ver a los pacientes, no por sus necesidades sino su valor, no su dependencia sino su dignidad. Para obtener la fuerza y el valor para afrontar la muerte con dignidad. Cada paciente terminal y las personas que lo acompañan reaccionan de manera individual.

---

<sup>5</sup>H. Peplau. "Teóricas de Enfermería". *Enfermería, fundamentos, prácticas y tendencias*. Internet. Publicación Junio 2012.

### *Dificultad para enfrentar la verdad:*

En muchas ocasiones el enfermo terminal no tiene una facilidad para buscar una relación de apoyo con la enfermera, o que para esta no sea fácil ofrecerla.

En ocasiones la enfermera evita el compromiso, pero no comprende que las reacciones de enojo o de presión son normales en el proceso terminal, existen pacientes por las cuales te preguntan ¿me estoy muriendo?, esto significa que la persona quiere hablar de sus temores e incertidumbre, sin embargo están los otros pacientes que niegan aceptar, aunque estos son conscientes de su pronóstico. Un paciente con estas características que se siente solo y temerosos se tranquiliza con la compañía y cercanía, la simpatía y comprensión son aspectos importantes de atención de un paciente terminal y son esenciales para que la enfermera los ayude en los diversos problemas psicológicos y espirituales que podrían originarse en el proceso.

### *Durante la agonía:*

La agonía se caracteriza por un largo deterioro general marcado por episodios de complicaciones y efectos secundarios en general por el mes anterior a la muerte disminuye forma sustancial, la energía, la actividad y el bienestar.

Observando un debilitamiento del paciente y para todos resulta evidente que la muerte se aproxima.

La agonía también sigue otro curso, a veces un paciente tratado en el hospital con una terapia agresiva a consecuencia de una enfermedad grave, puede empeorar de repente y solo se sabe que está muriendo algunas horas antes de fallecer.

Sin embargo es cada vez más común agonizar con una lenta disminución de las capacidades y durante un largo periodo de tiempo a veces con episodios de síntomas graves.

Las personas que van a morir y su familia enfrenta problemas y exigencias emocionales. No todos los moribundos necesitan o desean la ayuda de una

enfermera, pero en muchos casos es posible por lo menos el final de la vida, aliviar sus dificultades mediante una atención de enfermería capacitada, la atención de algún familiar, la enfermera debe buscar respuestas.

#### *Problemas de la familia:*

La familia del enfermo siente miedo y ansiedad, para ellos es difícil ver sufrir a su ser querido y no es fácil que comprendan sus cambios de estado de ánimo y sus reacciones a veces impredecibles. Es posible que teman por su propia capacidad para enfrentar el deceso, controlar sus emociones y enfrentar el futuro solo si el enfermo es atendido en el hospital, la familia suele sentirse apartada e incapaz de encontrar maneras de expresar su amor y preocupación. Cuando la familia atiende al paciente en su hogar, enfrenta otras tensiones a causa de la responsabilidad total de la situación podría dañarse su capacidad emocional por agotamiento provocando al resolver todas las demandas del paciente en las etapas terminales de la enfermedad.

El luto no es una enfermedad, sino un suceso de la vida que en la mayoría de la gente necesita ayuda de los otros ante la muerte.

La pena no se cura, pero puede compartirse. Para que la persona no se sienta sola por completo y para demostrarle que hay razones para renovar sus recursos de fe y esperanza, así tendrá el coraje de recomenzar, sabrá que tiene la responsabilidad de ser y sentirse feliz de nuevo sin perder el respeto por la persona que murió.<sup>16</sup>

#### **Accionar de enfermería**

Valoración: todos los datos subjetivos

Familia: se debe valorar la adaptación previa a la crisis, la calidad de relación con el enfermo o fallecido, posición o responsabilidad del enfermo o fallecido, expectativas socioculturales referidas al luto.

Miembros individuales de la familia: experiencias previas con pérdida o muerte (siendo niño, adolescente o adulto), comunicación familiar y prácticas religiosas relacionadas con el nivel de maduración del individuo, comprensión de la crisis y el grado de participación. Según la relación individual del enfermo o fallecido.



Se deben valorar las expresiones de ambivalencia, negación, enojo, depresión, temor, preocupación y culpa.

También se debe considerar la edad del individuo en la respuesta al duelo, un niño responde diferente a una persona adulta o geronte.

#### 1. Duelo no resuelto

Este duelo es difícil de determinar, según Rando existen siete variantes:

2. Duelo ausente: es cuando la muerte nunca se produce.
3. Duelo inhibido: es la capacidad de solo llorar ciertos aspectos de la pérdida. Duelo retardado: es la incapacidad de experimentar el duelo en el momento de la pérdida, el doliente se aflige pero no puede afrontar el dolor; "debo ser fuerte por mis hijos".
4. Duelo conflictivo: a menudo está asociado con una relación previa dependiente o ambivalente.
5. Duelo crónico: continúa con una experiencia de reacción intensa al dolor, que en ciertos casos sirve para mantener vivo al difunto a lo largo de su aflicción.
6. Duelo anticipado: es incapaz de emprender las implicaciones de la pérdida, ansiedad, remordimiento y depresión.
7. Duelo abreviado: es una forma de duelo acortado pero normal, este puede ocurrir cuando una parte del duelo se ha realizado antes de la pérdida.
8. El duelo no resuelto es una respuesta patológica a una respuesta psicótica profunda como por ejemplo negarse a deshacerse de las posesiones del difunto, luego de un tiempo razonable, pérdida de conducta social, regresión, aislamiento progresivo profundo, obsesiones, alucinaciones o intento de suicidio.

## **Accionar de enfermería**

Se deben valorar reducirse o eliminarse los factores causales que pueden retrasar el proceso, por ejemplo: faltas de sistemas de apoyo, dependencia, pérdidas múltiples, incertidumbre, incapacidad para afligirse, historia de una enfermedad emocional previa, estructura de la personalidad.

### Sociología de la muerte

En cuanto fin de la manifestación vital de una persona, la muerte no es solo un problema médico, sino también un concepto relacionado con aspectos sociales y culturales graves. Las expectativas de vida, las causas de la muerte, la situación social y las circunstancias del fallecimiento, la interpretación ideológica de la muerte, los ritos funerarios y las formas de entierro y, sobre todo, la posibilidad de utilizar psicológicamente el hecho de la muerte, considerándola como un supuesto modelo de sentido y de relaciones sociales, son en su conjunto fenómenos y circunstancias que se configuran de muy diversas formas desde el punto de vista histórico y sociocultural. En las sociedades complejas, a estos fenómenos se les debe añadir determinadas variaciones sociales y regionales específicas. La superación sociocultural y psicológica de la muerte depende de las creencias religiosas, del sistema de valores, del nivel de bienestar y de la estructura de la sociedad.

La muerte real es un problema médico-técnico que ocurre en los hospitales, que funcionan de forma afectivamente neutral. El alargamiento de la vida, gracias a las técnicas médicas, representa frecuentemente un alargamiento de la muerte. La aplicación de estos cuidados asistenciales con mínima presencia humana lleva a menudo a una muerte social anterior a la muerte física. El acompañamiento para la muerte no puede hacerse solo con especialistas; sus deberes consisten sobre todo en dar apoyo a los individuos afectados y al personal clínico en su trato con la muerte. Este conjunto de problemas es objeto, cada vez más, de investigaciones y discusiones públicas. La creciente influencia del conocimiento biológico en las orientaciones ideológicas facilita la aceptación de la muerte como elemento indisociable de la

vida, la existencia o el paso del tiempo. Considerando el aumento de la esperanza de vida en la sociedad moderna, la muerte, sobre todo de personas jóvenes, es vista de forma trágica.<sup>17</sup>

## CAPITULO II

## Diseño metodológico

### Tipo de Estudio

#### Estudio Cualitativo:

Utiliza la recolección de datos sin medición numérica para describir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretaciones.

#### Estudio biográfico:

Historia de vida, donde se describe, comprende e interpreta los fenómenos a través de las percepciones y significados producidos por las experiencias de un referente de la profesión de enfermería.

#### Diseño de la investigación:

Abierto, flexible, construido durante el trabajo de campo y realización del estudio.

### Análisis de datos

#### Finalidad:

El análisis consiste en describir información.

#### Recolección de datos:

Orientada a proveer de un mayor entendimiento de los significados y experiencias del entrevistado, a través de la observación y la entrevista en profundidad.

#### Variables:

Se identifican durante el proceso de la investigación.

#### Forma de los datos para analizar:

A través de una línea del tiempo.

## Unidad de análisis:

Una vez reunidos los datos de la historia de vida de un enfermero a lo largo de su carrera profesional, se integran a una base de datos compuesta por un soporte visual, línea de tiempo, la cual se analiza para determinar significados y describir fenómenos.

## Entrevista:

La entrevista es una conversación, es el arte de realizar preguntas y escuchar respuestas. Como técnica de recogida de datos, está fuertemente influenciada por las características personales del entrevistado, incluye cualquier encuentro entre dos o más personas (investigador y entrevistado). En investigación cualitativa la entrevista no se basará en cuestionarios cerrados y altamente estructurados, sino en entrevistas más abiertas cuya máxima expresión es la entrevista cualitativa en profundidad, donde se mantiene una conversación con un informante, a través de una entrevista no estructurada (abierta) donde el investigador es el instrumento de la investigación y no el protocolo o formulario de la entrevista. Requiere de encuentros, cara a cara, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. Las entrevistas en profundidad siguen el modelo de conversación entre iguales, tipo charla coloquial, donde el avance es lento. En la historia de vida se utilizan este tipo de entrevista.

Condiciones y material de la entrevista realizada:

- Condiciones previas: Cuando se llega al momento de la entrevista se da por sentado que se ha seleccionado previamente al informante adecuado y la aceptación del informante para participar, mediante un consentimiento informado previamente firmado y aceptado, por lo que debe haber sido informado con anterioridad a la entrevista.

- Lugar y momento: La entrevista se realizó en un lugar concertado por el entrevistado, teniendo en cuenta el momento que pudiese y donde se sintiera cómodo. Entrevistado sugirió su hogar, el día 28 de septiembre del año 2018, iniciando la entrevista a las 9 horas de la mañana y finalizando a las 12.30 horas del mediodía.
- Material necesario: Grabadora, para realizar la grabación de la conversación y facilitar posteriormente su transcripción. Lápiz, lapicera y cuaderno de notas.
- Actitud de los entrevistadores: Se mostraron comprensivos, respetuosos, abiertos, evitan juicios de valor, lenguaje claro, agradecidos.
- Finalización: Al finalizar la entrevista se da gracias al entrevistado, una vez terminada se comienza a trabajar sobre ella de forma inmediata, escuchando las grabaciones y transcribiendo en texto. Se pone a disposición del entrevistado la entrevista realizada, por si hubiera un cambio de opinión en el futuro.
- Indagación: El entrevistado demostró emoción y llantos al relatar situaciones que afectaron su vida, es esos momentos los entrevistadores mostramos sensibilidad, respetando minutos de silencio, pausas y empatía. Se permitió en todo momento que el entrevistado hable sin interrupciones por parte de los entrevistados, pero en escasas ocasiones se pidió amablemente que “nos gustaría volver a algo que usted mencione en una ocasión “en temas relacionados a fechas concretas que no se logró comprender en ese momento.
- Devolución: Día Lunes 3 de diciembre de 2018, presentación carpeta con tapa cristal, anillado, con caratula, agradecimientos, pequeña bibliografía, entrevista propiamente dicha.

### Línea de tiempo

Es la representación gráfica de los sucesos o acontecimientos históricos, ordenados cronológicamente.

## Variables

Las variables cualitativas son aquellas que se refieren a propiedades de los objetos en estudios. Lo que determina que una variable sea cualitativa es el hecho de que no pueda ser medida en términos de la cantidad de la propiedad presente, sino que solamente se determina la presencia o la ausencia de ella.

Surgen luego de los procesamientos de datos las siguientes variables que se desarrollan en el siguiente a continuación:

- Línea del tiempo: Infancia/Situación Económica, Estudio/Formación/Trabajo, Hospital, Primera Laguna/Segunda Laguna, Cuidados Paliativos, Reflexiones, David.
- Interpretación y Representación de Variables: Infancia y Adolescencia, Interpretación Grupal, Primera Laguna, Segunda Laguna, Etapa Actual, Médico, Cuidados Paliativos, Estudios, Situación Económica, Hospital, Trabajos, David, Reflexiones e Interpretación Grupal.

## Análisis y procesamiento de datos

### Tabla 1: Línea del tiempo

Elaboración propia de autores de tesis.



Referencias: Colores Variables:

- Infancia/ Situación Económica
- Estudios/Formación/Trabajos
- Hospital
- 1ra Laguna/2da Laguna
- Cuidados Paliativos
- Reflexiones
- David

Tabla 2

Variables

Interpretación y Representación de Variables:

Se realizó el siguiente cuadro, teniendo en cuenta la elaboración de la Línea de tiempo de Historia de Vida del Licenciado en Enfermería Rubén Darío Soria.

Cada color simboliza variables realizadas en la línea de tiempo, respetando así cada una de ellas en el cuadro de interpretación.



### INFANCIA Y ADOLESCENCIA

“Recuerdo cosas muy lindas que pase pero muy sacrificado, mucho dolor, mucha angustia por las necesidades”.

“A los 12 años termine la primaria, la idea era estudiar medicina por una cuestión de humanismo, de dar, de poder ayudar y poder progresar”.

“En mi casa fuimos siempre muy humildes”.

“Mis hermanos no quisieron estudiar, mi papá les dijo que por lo menos aprendieran un oficio. Yo no tuve la oportunidad de estudiar, me fui a trabajar pero siempre con esa idea fija en la cabeza de continuar”.

“A los 17 años continuaba

Trabajando en contratos con mi papá y a través de mi hermano conocí a Hugo Fracca, y me dijo ¿no te interesa hacer el curso de enfermería?”

“En el año 83 me recibí de Auxiliar en Enfermería, tenía 18 años y en febrero del 84 comencé a trabajar en el Hospital Perrupato”.

### INTERPRETACION GRUPAL

Comienza a hablar de su niñez con mucha nostalgia, habla pausado, se observa una crianza llena de valores y unión recuerda a sus padres con mucha admiración.

## CAPITULO III

## Conclusión General - Interpretaciones

El personal de enfermería se enfrenta a diario con la muerte y esto produce una variedad de sentimientos que puede afectar al paciente como al personal de enfermería es por ello que nuestro trabajo ha sido dar a conocer los distintos estados de ánimo de un Enfermero y sus manifestaciones a lo largo de su vida personal y profesional.

Nuestro estudio fue cualitativo, pudimos a través de la línea del tiempo ordenar datos en forma cronológica y gráficamente.

Este trabajo curricular nos permitió pensar que es de vital importancia expresar nuestros sentimientos frente a la muerte del paciente y no limitarnos para poder afrontarlos adecuadamente para que no repercuta en nuestra vida personal y profesional del enfermero y la enfermera.

El Lic. Soria nos enseña que, aunque trabajemos con el dolor, la tristeza, el sufrimiento y la muerte del paciente siempre podemos ayudar y brindar un trato más humano que a través de la empatía comprendemos el dolor que siente tanto el paciente como el familiar.

Luego de haber realizado el análisis de datos consideramos que nuestro entrevistado a convivido desde su niñez con situaciones que lo marcaron como limitaciones económicas, dolor, lucha, pérdidas humanas que lo hacen enfrentar a la muerte no como un hecho traumático sino sintiéndose a gusto tanto con el paciente como con el familiar trabajando con Cuidados Paliativos vivenciando satisfacción el poder ayudar a calmar el dolor, acompañar hasta el último momento al muriente como al familiar.

Para nuestro entrevistado atravesar por una situación de enfermedad familiar, la posibilidad de la muerte, su situación económica del pasado, lo habilito a desarrollar y transitar el tema de la muerte que a su vez lo ayudo con la enfermedad de su esposa y que junto con sus vivencias anteriores con pacientes oncológicos lo marcan a tal punto que se aboca hasta la actualidad en Cuidados Paliativos.

La bibliografía utilizada nos permitió ampliar nuestros conocimientos a través de estudios realizados basados en teóricas de la enfermería y filósofos que abordan a la muerte como parte de la vida.

Proponemos la posibilidad de que el enfermero pueda acceder a programas para afrontar los sentimientos que le pueda probar la muerte del paciente a través de un equipo terapéutico donde se puedan expresar emociones ya que la muerte es un acontecimiento que todos los seres humanos viviremos y se necesita una preparación previa y específica a los enfermeros y enfermeras para trabajar con este evento cotidiano en el ámbito de la salud como también durante la formación del futuro enfermero.

La muerte como ya lo hemos mencionado es parte de la vida, vida que se espera con tantas ansias y muerte con tanto dolor.

Para el enfermero y la enfermera se puede potenciar aún más por que las vivencias suceden más a menudo y por mas años de labor que el enfermero o la enfermera tenga siempre sucederá alguna muerte ya sea laboral o personal que lo sensibilizara y de que necesitara apoyo y contención emocional.

## Implicaciones personales de los investigadores

### Experiencia personal de Jonathan Carrillo

La experiencia adquirida en la realización de nuestra tesis, fue muy enriquecedora. Trabajar en una investigación cualitativa parecía al principio una tarea difícil y desconocida de llevar a cabo, pero a medida que avanzábamos con la misma fue muy satisfactoria.

Fue de gran ayuda los aportes y conocimientos brindados por la Profesora Tutora María José Ficcardi, quien nos alentaba permanentemente en la realización de la tesis y siempre estuvo presente cuando surgían dudas durante su elaboración.

Agradecimiento enorme a Rubén Soria, por haberse abierto y confiar en nosotros para el relato de su vida, el momento de realización de la entrevista fue muy emocionante.

Como Profesional de Enfermería experimento, día a día, el enfrentarse con la muerte, la cual produce dolor, impotencia, tristeza y puede afectar en el cuidado del paciente y vida social y familiar. Creo necesario poder expresar diversos sentimientos y afrontar este proceso de muerte y sufrimiento, tal cual realiza Rubén Soria en su práctica de cuidados paliativos.

## **Experiencia personal de Lorena Farias:**

Agradezco principalmente al Sr Lic. Rubén Darío Soria, por haberme permitido conocer a través de la entrevista lo más íntimo de su vida personal y profesional. Valoro su generoso tiempo, su buena predisposición, honestidad y sinceridad en la realización de una tesis colmada de sentimientos.

La entrevista me resulto gratificante superando todas mis expectativas al tener conocimiento de su lucha para estudiar y progresar, admiro su empuje constante en superarse, sus valores que lo acompañaron desde su niñez hasta la actualidad y su fortaleza ante las adversidades de la vida, por las que nunca se permitió desistir de sus metas y que hoy lo colocan en un lugar admirable para todas las personas que lo conocen.

Su Historia de Vida resulto ser muy atrapante de principio a fin y demuestra que con esfuerzo y dedicación todo es posible.

Trabajar en nuestra tesis a través de la línea del tiempo nos permitió organizar la información obtenida de la entrevista representándola gráficamente por sucesos o acontecimientos y ordenarlos cronológicamente desde su niñez hasta el día de la entrevista.

La investigación fue cualitativa, logramos observar la realidad en su contexto natural y real de cómo sucedieron los hechos de acuerdo a lo relatado por nuestro entrevistado.

Fue una experiencia personal que me permitió imaginar, con cada relato suyo, alegrías, tristezas, dolor y sentirme con este trabajo ser también, parte de su historia.

Un respetuoso y cordial saludo para Usted, para su admirable esposa Gladys y un GRACIAS para siempre.

Por último muy importante y fundamental mi eterno agradecimiento especial para María José Ficcardi, nuestra tutora en tesis, sin ella no podríamos haber realizado nuestra investigación, ya que en todo momento nos sentimos apoyados y contenidos. GRACIAS.

### **Experiencia personal Gonzalo Zalazar:**

El trabajo realizado cumple con las expectativas desde lo planteado por la Docente a cargo, y por mis expectativas personales, ya que este proyecto de tesina ayuda a comprender sobre los sentimientos que sufre un Enfermero al estar en contacto con La Muerte tan periódicamente, nos plantea como lo afectara dicho suceso en su rol profesional y personal.

El método de investigación cualitativo nos resultó el indicado para la realización de nuestro trabajo, ya que mediante la entrevista realizada a un referente de la Enfermería, nos brindó mucha información y conceptos que solo se aprenden con las experiencias vividas a través de los años, muy difícil de encontrar en la editorial de algún libro, gracias al relato del profesional entrevistado se pudo observar en una línea del tiempo retrospectiva realizada, como fueron las etapas de la enfermería y sus lazos con la muerte.

Considero que la vida del Licenciado RUBÉN DARÍO SORIA, considerado personalmente un referente de la enfermería, representa la historia de la enfermería en cuidados paliativos.

## Bibliografía

1. Duggas Luis MD. “Vida en Evolución”. Internet. Publicación Mayo 2017
2. Oviedo S.J. “Enfermería y la muerte”. Enfermería. Global. Internet. 14 Junio 2016.
3. Collado R. “Cuidado Espiritual, labor del Profesional de Enfermería”. Internet. 27 Marzo 2017.
4. Organización Mundial de la Salud. Cuidados Paliativos. Internet. Publicación 10 Septiembre 2015.
5. Kubler Ross E. “Sobre la muerte y moribundos”. Vol. 1. 4ta Ed. Barcelona. 1994.
6. Chavarría A. “Términos básicos de la Tanatología”. Internet. Publicación Marzo 2011.
7. Maque P. “El papel de la enfermera en la tanatología”. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2000.
8. Aguilera S, y colaboradores. “Actitud de Enfermería frente al paciente terminal”. Internet. Publicación 8 Marzo 2017.
9. Heidegger Martín. “El Ser y El Tiempo”. Alemania. 1927.
10. Manay Martín. “La muerte según Platon”. Internet. Publicación 2 Enero 2018.
11. Von Rebeur Ana. “Morir no es para tanto, la muerte según Freud”. Internet. Publicación Agosto 2008.
12. Masclans Esteve. “El placer y la muerte en Epicuro”. Internet. Publicación Diciembre 2008.
13. Carpenito: “Manual de Diagnóstico de Enfermeros”. 15ª Edición. Interamericana De España. 1983

14. Burgess Anthony: "Burgess y la muerte del Alma". Revista mexicana de investigación educativa. Vol. 13, N° 39. México. Diciembre 2008.
15. Alvarado Karen, colaboradores. "Teóricas de Enfermería". Enfermería, fundamentos, prácticas y tendencias. Internet. Publicación Junio 2012.
16. Gonzales Erica. "Aspectos culturales y religiosos de la muerte a lo largo de la historia". Internet. Publicación 10 Enero 2007.
17. Denzin, Lincon. "Entrevista en investigación cualitativa". Varga, P.643. 2005.
18. Taylor, S.J. Bogdan. "Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados." Ed. Paidós, Página 100-132 España. 1992..
19. Pineda, Elia B. Alvarado Eva Luz. "Metodología de la Investigación". 3ra edición. Organización Panamericana de la Salud. Washington. 2008.

## **APENDICE Y ANEXOS**

## Entrevista

“Todo comenzó desde que yo era muy chico, tenía 12 años cuando termine la escuela primaria, la idea era estudiar medicina pero por una cuestión de humanismo, de dar, de poder ayudar y de poder progresar, en mi casa fuimos siempre muy humildes.

Como en toda familia hay etapas que estábamos bien económicamente y etapas que no la pasamos tan bien. Mis hermanos no quisieron estudiar y mi papa les dijo que si no querían estudiar que no lo hicieran pero que por lo menos aprendieran un oficio y fue lo que hicieron mis hermanos. Pero cuando a mí me toco terminar la primaria no había oportunidades de estudio y tampoco tuve la posibilidad de que mi papá me digiera “ fijate como podes hacer, trabajas y estudias lo que vos quieras”, estábamos muy separados porque lo estafaron a mi papá en esa época, mi papá era un tipo muy trabajador, muy honesto pero nos fue muy mal porque tuvimos malos patrones y así que me quede viviendo en Maipú y mi viejo consiguió con mi mamá una casita en Reducción, un contrato grande y necesitaba ayuda así que cuando yo termine ahí no pude seguir la secundaria y me fui a trabajar con él pero siempre con esa idea fija en la cabeza de continuar.

A los 17 años seguía trabajando en contratos con mi papá, vivíamos en el Carril Norte, cuando mi hermano tuvo un accidente y quien conocía a Hugo (enfermero hasta la actualidad en Centro de Salud N 84 de Alto Salvador), nos conocimos y hablando un día en un almuerzo me dice “no te interesa un curso de Enfermería en el Hospital”, fui y me inscribí, fue en el año 83 y lo terminamos en el año 84, un año duraba el curso. Fue el último curso que se hizo de auxiliar en Enfermería en el Hospital Perrupato, estaba la señora Gloria Quesada, que todavía vive, esposa de Sosa Escalada, ella era la Jefa del Departamento de Enfermería del Hospital Perrupato en esa época, después vino Alicia Reiner, venia de Santa Fe y eran los únicos Profesionales.

En ese tiempo recibir en título de Auxiliar de Enfermería era un logro porque la mayoría eran Empíricos, tal es así que en esa época al enfermero se lo catalogaba como “El Mejor Enfermero” al que mejor limpiaba, no al que mejor técnica hacía, el que mejor limpiaba era el mejor. Limpiábamos el Hospital todo completo, repartíamos la comida, repartíamos la merienda, todo lo que hace ahora el personal de cocina lo hacíamos nosotros, éramos también personal de limpieza, de asistencia, como también circulantes de quirófano.

En esos tiempos para ser enfermero no hacía falta tener el secundario completo y a los 18 años empecé a trabajar en el Hospital Perrupato, ese año se jubilaron muchísimos compañeros nuestros, entramos 16 Enfermeros con nombramiento a parte era la salida de la época militar, ya estábamos en el gobierno de la Democracia. Ahí entro Lucia Llanos, María del Carmen Sánchez, Gladis, BetiCarveli, Estela Salomón, Rubén González, Omar González y muchos más que ahora no recuerdo. Algunos pocos tenían el secundario pero la mayoría no lo tenía, hicimos el curso y terminamos en Diciembre del 83 y en febrero del 84 nos llamaron, empecé cirugía, llegábamos a las 5.45 am y teníamos a nuestras compañeras que a las 6 am ya se iban.

Siempre existió esa rivalidad de que “vos tenes títulos y vos no”, esas cosas lamentablemente siempre existieron como ahora lo es ser de planta y prestador, por ahí te dicen “cuídate porque todavía sos prestador”. Llegábamos y teníamos los baldes con agua y cloro para limpiar los pisos rojos que había en ese tiempo, entraban los médicos pisando y había que limpiar otra vez y uno de nosotros o a veces los dos veníamos nada más que a limpiar, en la semana el día que nos tocaba hacer el tratamiento, ese día, era un día de lujo, íbamos con otra ropa, teníamos dos ambos, dejábamos uno para limpiar y el otro para hacer tratamiento, confort de higiene, hacer todo lo que respectaba a Enfermería.

Cuando trabajaba en el servicio de cirugía, el enfermero que estaba en el piso era también el que circulaba el quirófano tanto en la tarde como en la noche, ósea, teníamos que hacer todo eso, repartir la media tarde, la cena, lavar los tachos, llevarlos a la cocina, preparar el quirófano si había cirugía, se quedaba uno solo para todo el servicio y ese que se quedaba hacia todo lo que

había que hacer mientras el otro circulaba y cuando terminaba la cirugía limpiábamos el quirófano, sacábamos toda la basura, la tirábamos, dejábamos todo ordenado, formol y todo para que al otro día se pudiera volver a ocupar, se trabajaba mucho pero era muy lindo, un ambiente muy cálido, yo no sé si tenga que ver la estructura del lugar, el edificio que era más abierto, siempre nos preguntábamos con los compañeros de esa época porque en ese tiempo había más compañerismo, era distinto el trabajo, era otra cosa, daba gusto trabajar y eso que teníamos que rotar por todo el Hospital y con mucho que hacer.

Era muy sacrificado para el paciente porque a veces lloviendo teníamos que ponerle un nailon para taparlo porque teníamos que ir de una punta a la otra, de rayos al vacunatorio, donde hoy está el vacunatorio antes era la guardia (en el hospital viejo), toda la parte que ahora está medicina laboral, esta servicio social, todo eso eran consultorios y farmacia, el estar medico estaba en el fondo, la guardia estaba en la entrada, enfrente, era el servicio de cirugía, por la otra entrada de la escuela técnica era el quirófano de guardia, todo eso era para dos enfermeros por turno, era muchísimo y en la mañana jefe de unidad.

He visto crecer mucho la enfermería, estoy fascinado por ello. Me tocó conocerla en una época de grandes cambios y etapas importantes. Esa etapa fue maravillosa, logre el primer objetivo y nunca me quede ahí, el secundario fue la deuda que tenía. Soy un agradecido y bendecido de la vida, trabajo siempre me sobro y trabajamos por poquito. Por ejemplo en el Instituto de Pediatría donde estaba el Doctor Miller, trabajábamos tanto en el hospital como en el Instituto de Pediatría también porque los sueldos eran muy malos.

Fue en el año 84 cuando abrieron en Instituto de Pediatría en la Calle Avellaneda, estaba el Dr. Miller, Dr. Viani , Dr. Jaliff los tres ya jubilados y Llaver que ahora es jefe del Servicio de Pediatría del Hospital Perrupato. Abren el Instituto de pediatría, buscan enfermeros y nos llaman, llamaron a Miguel Suarez, Rosa Lucero, Gladis y yo, los 4 empezamos ahí, hacíamos guardias de 24 hs, ganábamos muy poco, hasta que un chico que trabajaba en el E.M.I. era el sistema de emergencia único deja de trabajar ahí y me ofrecen a mí, entre a

trabajar en el año 85 y estuve 19 años y 8 meses trabajando ahí, casi 20 años aun así siempre priorice el hospital.

El hospital fue creciendo, fue mejorando de a poquito, en el hospital viejo hacían un arreglo y era wow. Clínica Médica 1 y 2 como ahora en ese tiempo era Sala Primera y Sala Segunda, en Sala Primera teníamos todo, teníamos hombres y mujeres, después, dijeron vamos a hacer sala Segunda e hicieron todo un edificio nuevo y era un edificio si nos ponemos a ver no muy buenos, no habían bocas de oxígeno en la pared, acarreábamos los tubos de oxígenos de una punta a la otra, teníamos que ir a buscarlos al fondo del hospital que da a la calle Salta, los pisos eran un desastre, teníamos mucha estructura sin techo, muy separado todo, no habían equipos de rayos como ahora que los transportas, era otra cosa, era más básico, los guantes por ejemplo no se tiraban, por ahí teníamos la suerte de que el Médico que salía de operar los lavaba sino era tarea nuestra esperar los guantes y lavarlos bien.

Los médicos eran divinos, sacando el jefe de servicio, el Dr. Fontein que era terriblemente jodido, un tipo medio militar que entraba tocando las ventanas para ver si había tierra, eso sí, esa época era muy hegemónica, él tenía su baño, su lugar. La enfermera de quirófano Celia le tenía al doctor su frasquito con alcohol, él se afeitaba todos los días en el hospital y ella estaba detrás de él, le ponía el guardapolvo, todo, era sus asistente, realmente muy marcada la hegemonía.

El orden era muy distinto, 7:45 se estaba listo para operar que ahora no pasa, algunas cosas cambiaron para bien y otras no, los anesthesiólogos llegaban 7:30 entonces a las 8 menos cuarto el paciente ya estaba listo para ser dormido, la anestesia era por goteo en esa época era mucho más peligrosa, mucho menos tolerante por el paciente, no había para hacer gases, teníamos agujas de metal que las hervíamos para luego limpiarlas bien porque el agua trae cloro y así las colocábamos en una mesada en donde afilábamos el bisel, no había lo de ahora, después apareció la aguja que conocemos todos, era un lujo, después apareció la mariposa, luego el Abocat y así sucesivamente.



Los guantes como les decía, el médico salía de operar entonces se lavaba los guantes antes de sacárselos y los dejaba en la orilla de la pileta que hay en todos los quirófanos, después nosotros íbamos y nos poníamos a limpiar y secar guante por guante, mirábamos que no estuvieran pinchados, teníamos guanteras de tela, el guante izquierdo y derecho separados bien doblados, como vienen ahora en el sobre nosotros lo hacíamos a mano, los secábamos a la perfección, le poníamos talco y los colocábamos en tambores para esterilizar. Íbamos a lavandería a doblar la ropa, doblábamos y planchábamos los blusones los gorros de quirófano, había que repartirse para todo.

Lo que ahora no hacemos, antes se hacía, había que repartir todo en el horario que vos estuvieras, si era en la mañana arrancabas con el desayuno, a media mañana la colación, al mediodía el almuerzo. En esos tres eventos teníamos que ir a la cocina a buscar el carro como hacen los chicos de cocina ahora, repartíamos en todo el servicio, lavábamos todo, lo dejábamos impecable y lo entregábamos a la cocina, uno de los enfermeros tenía que hacer esto y el otro circular para preparar la ropa, buscarla a la lavandería, doblar blusones, lavar gorros, acomodar guantes, eso era en el transcurso de las 8 horas.

Generalmente los compañeros cansados o con problemas de salud iban a esterilización para que no hicieran tanto esfuerzo, era más liviano.

El material se cuidaba muchísimo y las jeringas de vidrio rara vez se rompían, al hervirlas de tantas esterilizaciones las dejábamos que hirviera hasta que se le terminara casi el agua, con la tetera le echábamos agua entonces eso permanentemente estaba hirviendo. Pero bueno, trabajábamos de esa manera y la verdad que yo siempre digo que nosotros tenemos un ángel aparte en Enfermería, no me acuerdo haber visto abscesos, se trabajaba con mucho cuidado, con muy buenas técnicas, había mucho apego al paciente, trabajábamos bien.

Trabajé varios años en el Instituto de Pediatría, 3 años, y de ahí me fui a Asistir, siempre con la idea de seguir progresando y un día hablando con Gladys (esposa), me dice “porque te vas a quedar con eso?” Gladis no solo es

mi esposa, es mi amiga, es brillante, no tiene un techo, como la carrera de Enfermería, es una mujer que como madre, hermana, amiga y esposa es intachable, toda la vida fue muy generosa para con todo el mundo y me insistió en terminar el secundario, ya con 24 años en el Cens de la Escuela Corrientes me inscribí, no les puedo explicar el primer día, para mí era algo increíble, hasta el día de hoy me emociona, hasta me acuerdo del perfume de la escuela, son de esas cosas que te marcan tanto en la vida.

Estaba la Doctora Cabello que era Bioquímica, ella era la Directora del Cens, entonces me conocía del Hospital, me fui a inscribir y ella me vio, me hablo y me dijo, Rubén vas a hacer el secundario? Que orgullo, que lindo! Me dio otro empujón más y dije “no puedo fallar”. Eran 3 años, trabajaba los días Miércoles y Sábado en Asistir, Miguel Sosa de terapia me cubría de las 8hs hasta las 23hs que yo salía, mis propios compañeros me llevaban hasta la escuela, me dejaban ahí y me iban a buscar a las 23hs, esas horas yo se las devolvía a Miguel los Domingos o por ahí se los pagaba. Nos íbamos arreglando así, por eso es que a Miguel lo respeto y lo quiero tanto, siempre quise que haga la profesionalización porque es auxiliar todavía.

Salía de Asistir, me llevaban en ambulancia y así hice la secundaria. Física, Química, Matemática me costaron muchísimo, había dejado la primaria hace casi 10 años, me costó muchísimo. Tenía un docente que era Ingeniero, el profesor Lucero, el me ofrecía darme Física que fuera a su casa, yo era el más grande del curso, tenía una determinaba atención el para conmigo, nos daba siempre una mano y no podía aceptar su invitación porque los horarios no me daban porque si no estaba en Asistir estaba en el hospital, entonces yo tenía un cuaderno donde hacía los ejercicios de Física y la aprendí así, solo, me costó mucho hasta que le agarre la mano, otra materia que no me gusto nunca fue Ingles pero había que sacarla y ahora la deuda que tengo es el Doctorado en el que necesitas Ingles básico y eso es lo que me jode.

Termine el secundario, fue una mochila de piedra terrible, algo maravilloso. Después de mucho tiempo deje asistir con casi 20 años de servicio ahí porque empecé con problemas de Hipertensión, había mucho

estrés, no dormíamos. A su vez durante todos esos años y de forma paralela había trabajado en el

Hospital Perrupato pasando por varios servicios como Cirugía, Clínica Médica, Traumatología y Obstetricia que lo hice en el Hospital viejo, yo no pedía los cambios pero cuando hacía falta gente nos enviaban a los servicios en donde hacía falta personal. En Cirugía me inicié, fue el servicio donde más estuve.

En el año 90 había muchos problemas en Clínica Médica, muchos conflictos ya estábamos en el Hospital nuevo.

En Septiembre del 2002, ya me encontraba trabajando en el hospital nuevo, etapas de grandes cambios. Quiero mostrarles un cuaderno que significa mucho para mí, me lo regalaron para un día del enfermero, ya había renunciado a Clínica, había vuelto a quirófano otra vez, en el acto del día del enfermero fueron a buscarme al servicio, me insistieron para que fuera hasta que me di cuenta que Adriana (enfermera) estaba hablando de mí, y aparecieron todos mis ex compañeros de Clínica 2 y me entregaron este cuaderno, esto fue en 2002 cuando clínica era un solo pasillo, allí trabajé 9 años, tiene un gran significado para mí, fue una gran emoción, sus palabras, sus fotos, lo leo cada semana.

Se dividió el servicio de Clínica Médica, en clínica 1 estaba Humberto Carabajal y en clínica 2 estaba yo como jefe de unidad, entro mucho personal nuevo.

Desde muy chico siempre me puse ideas en la cabeza, objetivos, metas y es lo que siempre quise lograr en el servicio de clínica médica y de paso que siempre fue muy mirado, desde el hospital viejo, porque era un servicio sucio, entonces nadie quería ir porque a nadie le gustaba y tampoco era muy interesante para el enfermero, había poca participación de enfermería, algunos teníamos interés de saber cómo leer una placa, queríamos aprender, interiorizarse un poco más pero no podíamos. Yo siempre les digo a los alumnos que si hay algo que me molesta mucho es que sean mulas de carga, que agarren, carguen las cosas, hacer el tratamiento, leer lo que tienes ahí,

hacer los procedimientos sin preguntarte que estás haciendo, que función cumple, etc..

A nadie le gustaba clínica médica, y cuando me fui allí no fue por la jefatura, fue por querer progresar en la carrera, es más, siempre me molesto que me digan jefe o licenciado, yo soy enfermero de alma, soy auxiliar, esa es mi esencia.

Me ofrece Alicia (supervisora) la jefatura y lo primero que pensé fue “nosotros tenemos que cambiar esto en grupo porque no podemos solos y clínica médica tiene que ser el mejor servicio del Hospital Perrupato y va a ser el mejor” eso me propuse y se logró, clínica 2 fue un espectáculo, es más, nos llamaron del Hospital Lagomaggiore para dar una charla sobre los cambios que hubieron en el servicio.

Mis compañeros me aguantaron un montón porque yo siempre tuve la idea de la ayuda. Se instaló el grupo GIA en el hospital que todavía esta los lunes y miércoles, es un grupo como de Alcohólicos Anónimos, las siglas significan “Grupo Institucional de Autoayuda” en donde va el familiar con el paciente, esto es de alcohólicos generalmente.

En una oportunidad quisieron integrar a gente con adicciones pero no es lo mismo, es mucho más complejo el abordaje y no estábamos preparados para llevarlo a cabo asique se trabajaba con alcohólicos nada más, eso se hacia los días miércoles, en esa época se realizaron cambios estrictos y se normatizo el tratamiento para los pacientes porque vivían internados eternamente en clínica con el suero con becozyn y nada más. Entonces se pacto que tanto el paciente alcohólico como las TBC que el tratamiento era de 6 meses y que los 6 meses estaban internados se tomaron otras medidas, hable con gente de los centros de salud, con los jefes de área departamental, teníamos también la figura del agente sanitario que sigo insistiendo que esta figura (agente sanitario) que era como un enfermero con otro título y que fue un espacio perdido que nosotros dejamos perder, enfermería lo dejo perder por no salir a la comunidad, como lo es también algunos enfermeros en ciertos centros de salud que no tienen personal administrativo y se va perdiendo APS y los

enfermeros no pueden hacer educación que es fundamental pero es tan grande la demanda administrativa que termina haciendo más papeles que educación.

Entonces los pacientes que internábamos y diagnosticaban con TBC se les hacía el VAR, se mandaba al laboratorio y daba positivo o negativo en la semana, generalmente daban todas negativas, teníamos ese inconveniente, entonces yo empecé a mandar acá y al Hospital Lencinas muestras del mismo paciente, atribuciones que nunca le pedí autorización a nadie y tuvimos una estadística que marco una diferencia abismal, si allá (en hospital Lencinas) teníamos 10 positivos acá teníamos 1, hubo muchísimos problemas porque lamentablemente para que hayan cambios te tenes que enfrentar y se realizaron cambios y llegaron inclusive hasta laboratorio de quien hacía las VAR y en donde entro gente nueva.

Se normatizo que el paciente que entraba con una posible TBC o que estuviese confirmado se le pedía la placa de Tórax, la Ecografía Hepática, la Analítica completa, el Electrocardiograma y se empezaba con Rifatertri, lo teníamos al paciente una semana porque generalmente los estudios más de una semana no duraban, se iniciaba el tratamiento, veíamos la tolerancia a la medicación, la tolerancia gástrica, se iba con la medicación y se lo seguía por el área departamental, se lo controlaba por consultorio externo. Bajamos muchísimo los días de internación, con los alcohólicos teníamos un protocolo, tanto en la parte de diagnóstico por imágenes, electrocardiograma, ecografía hepática, analítica y la interconsulta con psiquiatría, ya estaba normatizada la medicación porque los delirium tremens eran terribles rompían todo el hospital y luego se dejó de romper las puertas, los baños, los pacientes se dejaron de caer.

Todos esos cambios los implemente yo en conjunto con mis compañeros y fueron unas de las grandes cosas que me quedaron de muy buenos recuerdos y que siguen hasta el día de hoy. Todo se logró a costa de enfrentarse con el jefe de servicio, con los médicos porque bueno, estos pacientes no eran ni visitados, hay gente que se resiste a los cambios.

Otro gran ejemplo fue con el tema de las indicaciones médicas, eran de la semana anterior, de tanto circular se rompía la hoja, así que un día decidí

hablar con el Doctor y por varios días insistiendo que me actualizaran la indicaciones porque estábamos haciendo las cosas mal, nosotros no podemos hacer la medicación con una indicación desactualizada, me dijeron que no, que no lo iban a hacer, así que agarre y le dije que los pacientes no iban a recibir tratamiento hasta que ustedes no actualicen la indicaciones, fue una pelea de semanas, notas que iban a dirección, notas que iban a enfermería y yo seguía con la misma postura porque estábamos trabajando mal, eran problemas todos los días se priorizaban a los pacientes que si o si había que entregar medicación hasta que un día se generó el cambio como correspondía, se logró hasta el día de hoy, esto no existía en Clínica y se consiguió. Ahí fui muy reconocido porque se hizo mucho, Clínica Médica fue una gran experiencia totalmente distinta por tener gente a cargo del servicio, fue mi primer experiencia como jefe, fue muy desgastante pero maravilloso.

Después me vuelvo en cirugía, allí me inicié pedí el cambio nuevamente porque pensaba que si hacía kinesiología podía ayudar por ejemplo los pacientes oncológicos.

Luego Clínica se dividió en clínica 1 y 2, en clínica uno estaban los médicos de planta antiguos, en clínica dos primero estuvieron los concurrentes y posteriormente los residentes y las internaciones venían siempre a clínica médica 2 escrito ahí en la hoja de ingreso, no querían que fueran a clínica uno porque estaban los médicos de planta, los enfermeros estábamos en el medio del pasillo, en la habitación 83, ahí teníamos el estar de enfermería en donde estábamos los dos servicios, teníamos el mismo estar y después se dividieron y ahí quedó el consultorio donde hacíamos las gastroscopias, el doctor Boato se ofreció a hacerlas, era médico cirujano, falleció hace poco.

Yo llegaba a las 5:30 al consultorio, les dábamos un diazepam a los pacientes, hacíamos las gastroscopias ahí en el servicio. En clínica hacíamos también los electrocardiogramas de todo el hospital, en laboratorio un tiempo no tuvo personal como por dos meses porque faltaban, así que nosotros sacábamos las muestras, íbamos al laboratorio a buscar los materiales y sacábamos la sangre, aprendimos a hacer los extendidos, llevábamos la sangre y después seguíamos con todo el tratamiento, con todo lo que había

que hacer como controles porque ya no teníamos que hacer limpieza ni servir, era dedicarse al paciente

Cuando nos cambiamos al Hospital nuevo dejamos de hacer limpieza, como que te sobraba el tiempo para todo, ya había servicios de cocina, de limpieza, los guantes no se lavaban más, los materiales ya venían descartables, de a poquito como a cuentagotas empezaron a caer las cosas, empezamos a conocer las jeringas descartables para un solo paciente, de a poco fue cambiando todo, vos ibas a Hospitales grandes como el Notti y no sabíamos porque les llegaban los cambio más rápido hasta que nos trasladamos al Hospital nuevo y fue un cambio rotundo, ver el servicio de quirófano que tienen ahora, los servicios eran un lujo, caminábamos y mirábamos para todos lados no podíamos creer estar bajo techo, no teníamos que ponerles más nailon a los pacientes, inauguran en el año 2004 el servicio de terapia intensiva era una complejidad más, Neonatología también se fue complejizando y se fue preparando a personal de enfermería como también se llevaron a los más experimentados a servicios como UTI, el mismo personal ayudo a los grandes cambios.

Las relaciones no sé porque cambiaron tanto, quizás también sea mi forma de ver las cosas pero cambiaron mucho, por ahí yo tengo una teoría “que tenemos mucho tiempo de ocio”, ese tiempo en una mesa se presta para otras cosas, es lo que por ahí pienso, capaz esté equivocado pero es un tema que me preocupa mucho, me preocupan mis compañeros, me preocupa el enfermero, nos tenemos que querer, tenemos que saber que somos gente especial entonces no nos tenemos que hacer daño entre nosotros, ya tenemos gente que nos jode permanentemente, que no es el paciente precisamente, y cuando lo es no hay que olvidarse que está enfermo, eso es lo que tenemos que entender, o es un enfermo mental, o es un enfermo clínico, no sé, búsquenle cualquier patología pero el solo hecho de pensar, el momento en que a la persona le dicen “ mire, va a quedar internado” ya le genera un estrés, esta susceptible él y el familiar, el familiar a veces lo entiende pero muchas veces no, por ahí existe algún rose, puede que soportemos cosas que no nos gustan pero es parte de nuestro trabajo.



Mayormente nos hacen daño los mismos de adentro, nuestro equipo de trabajo, nuestros compañeros, por ahí la parte médica o técnica, entonces nosotros tenemos que querernos y cuidarnos un poco más, que es lo que por ahí poco está pasando, hay grupos que cuestan mucho consolidarlos pero yo pienso y repito, es mucho el tiempo de ocio, porque si vemos de las 8 horas que trabajamos cuantas horas estamos con el paciente y cuantas con el celular o hablando, entonces se nos terminan los temas para hablar, buscamos temas de conversación entonces nos viene a la cabeza “viste fulano, sultano, viste este y porque esta, porque aquella” y así empiezan los conflictos.

La separación de los que trabajan de mañana con los de la tarde o la noche, yo hago mucho más vos no haces nada. Esos conflictos no habían antes, no los teníamos, porque todos hacíamos lo mismo, si nos sobraba un tiempo tomábamos algo o nos dábamos un baño, porque que enfermero no trabajo en dos partes, era un espacio muy corto, permanente estábamos haciendo algo.

Por eso siempre digo que en clínica 2 me ayudaron muchísimo mis compañeros a poder lograr los cambios, a podernos superar, siempre les metí en la cabeza a todos que hay que superarse, gracias a esto se hicieron cambios que perduran hasta hoy como tener un carro de paro, algunas bocas de oxígeno a nivel de oxígeno central, para mi Clínica fue el mejor servicio del hospital, se lograron reconocimientos hasta el punto de invitarme a disertar en el Hospital Lagomaggiore, ellos se preguntaban cómo puede ser que la persona alcohólica solo este internada una semana y no fue tan difícil, fue buscar un consenso médico y poder protocolizar la medicación, tener el grupo GIA en el Hospital que fue instalado por gente de afuera que necesitaba un espacio físico, nosotros llevábamos a los pacientes una o dos veces en la semana y después del alta ellos seguían yendo por su propia voluntad.

No me gusta la exposición hasta el día de hoy, me llaman los coordinadores del instituto para entregar certificados y me cuesta ir, ahora cuando es como ayer que entregaban los diplomas quiero verlos, me emociona por ejemplo llorábamos juntos ayer con María del Carmen, nos recibimos juntos

de auxiliares de enfermería y ella ahora 2018 está recibiendo el título de Enfermero Profesional, la vida a veces te dice que si a veces que no.

Cuando termine en clínica médica llego un momento en que dije quiero hacer kinesiología, había pasado una previa ya con Gladis (esposa), Agustina (hija) tiene 22 años, asique hace 21 años yo hice como una “laguna”, le detectan un CA de mama, había nacido Agustina, tenía 9 meses, Gabriel (hijo) era muy chiquito, en esa época estábamos como todos los enfermeros, como lo están ustedes, matados, fue una etapa muy fea de la vida.

Tengo recuerdos de mi niñez cosas muy lindas que pase pero también muy sacrificado, siempre mucho sacrificio en la casa, mucho dolor, mucha angustia por las necesidades.

Yo pase hambre, fueron 6 meses de terror, teníamos un saquito de té y no teníamos azúcar, me quedo eso y ahora lo que me quedo es que no tiene que faltar, tiene que sobrar, la alacena tiene que estar llena. Yo tenía un vecino que venía a tocar la puerta y me decía Rubén no tengo para comer, yo no puedo explicarles lo que yo siento cuando doy algo, es algo que uno se siente realizado por demás.

La Enfermería no me hizo así, yo siempre fui así, mi padre también fue una persona muy generosa, quizás la vida nos lleva a tener algunas necesidades que luego nos hace valorar.

Mi vieja era divina, que también tuvo un cambio grande en su vida porque toda mi familia por parte de mi mamá vivían en Buenos Aires, en plena Capital Federal, mi abuelo era obrero de una bodega grande como Greco acá y ellos no tuvieron nunca necesidades, eran todos laburantes, siempre estuvieron bien y algunas de las hermanas de mi mama por ejemplo mi madrina que la voy a ver 2 o 3 veces al año le fue bien en la vida, tuvieron suerte, el esposo mi tío trabajo muchos años en un banco, en una compañía financiera, mi otra tía el esposo era contador se fueron a vivir a La Pampa, ósea una familia que estaba bien y mi mama se conoce con mi viejo por el futbol, mi papa jugaba en Maipú, en una época lo quiso comprar Boca, San Lorenzo, viajo a Bs As donde se

conocieron , para ella el cambio fue terrible porque de no faltarle nada a por ahí faltarle en algunas oportunidades muchas cosas, muy sufrida mi vieja. En mi primer sueldo le compre un lavarropas a mi vieja, ella tenía una hernia de disco, mi abuelo a veces le pagaba el pasaje y ella se iba por un mes a la casa de los padres a ayudarles y nosotros nos quedábamos con mi papa, trabajábamos en la huerta, cocinábamos, lavábamos, planchábamos.

Con Gladis nos conocimos haciendo el curso de auxiliar de enfermería, nos recibimos y nos casamos a los dos años, cuando pasa esto con Gladis (CA) yo estaba trabajando en quirófano, la pasamos muy mal, la medicina era otra.

La operan a Gladis porque hizo una suba de presión intestinal, se interna en cirugía en el hospital nuevo, entonces le pide uno de los médicos un Colon por Enema, vamos, se lo hacemos, cuando se está vistiendo, yo estaba sentado, le veo un lunar y le digo “ que tenes ahí ” era como un lunar, no le había dado importancia, le cuento al doctor y me dice que me quede tranquilo, que se lo iban a sacar, estaba ubicado en lugar poco habitual, se lo sacaron y pasaron como 5 o 6 días y me llaman del hospital porque necesitaban hablar conmigo, tenía un cajón con todas las muestras, ahí me dijo mira, estas son las muestras de la Gladis es un Carcinoma sumamente agresivo, hay que operarla y hay que empezar el tratamiento lo más rápido posible, me acuerdo que me fui al sanatorio de San Martin y le lleve la biopsia al Dr. Aguilera.

En esa época el único oncólogo que había era el Dr. Aguilera Prisco, estábamos en el vestidor del quirófano en el Sanatorio San Martin esperando a que saliera el Dr, Aguilera y mostrarle los estudios de Gladis pero sentí que banalizo la cosa, a mí se me termino el mundo ahí, me dijo que había que operarla, sacarle la mama y ya está, hacerle una quimio es lo que hay que hacer, esa fue la respuesta, me vine caminando me acuerdo de allá ( Sanatorio San Martin) hasta el hospital y voy entrando al reloj por la puerta azul y venia mal, no sabía ni adonde estaba, no sabía qué hacer ni con quien hablar, no sabía nada, veía a mis hijos la situación económica, cobrábamos muy poquito, era muy difícil y yo ya había pasado de vivir mal y para mi conocer a Gladis fue algo extraordinario, maravilloso, los dos pudimos lograr un objetivo, estar bien,

poder decir “ estamos juntos, podemos comprarnos una silla, que no le faltara nada a los chicos” y de repente se te rompe todo en un segundo, en el momento que te dicen “ sentate quiero hablar con vos “ ahí te cambia la vida.

Ahí me dice el Dr. Aguirre, hay una sola persona a quien tenes que ir a ver, se llama Francisco Gago y me hizo la derivación, luego me dice Cesar Blanco quien fue director del Hospital “mira Rubén, yo te ofrezco desde el auto hasta plata” así, en esos términos, estábamos los 3 sentados en el auto y me dijo te vas a ir a ver este médico.

Me dio la dirección y nos fuimos, ya le habían hecho la Biopsia a Gladis le llevábamos el resultado y nos fuimos a Mendoza, el consultorio era hermoso, no sabía que era el referente de Cáncer de Mama de la provincia, un tipo que ha escrito, viaja por todo el mundo, un referente, y cuando vio la mamografía y los estudios le dijo “mira Gladita, hay que operarte y lo más urgente que se pueda” nos preguntaban si teníamos chicos, no recibía OSEP y me dijo “no te hagas problema, primero esta ella después hablamos” no teníamos los medios, tal es así que en una oportunidad ella estaba internada, ya la habían operado y llegue en una oportunidad a casa hacia tanto frio no teníamos gas, no teníamos nada, estaban los chicos re enfermos y los lleve al Dr. Viani que trabajaba en el instituto donde yo me inicie y no tenía para pagar la consulta, sabía que no me iba cobrar pero tenía esa incomodidad y por mis hijos tuve que hacerlo, y otra vez ese martirio en mi cabeza pensando esto ya lo pase y nuevamente estoy lleno de necesidades.

Salió todo bien, se hizo la Quimioterapia, me enseñó el cómo tenía que hacer la quimio porque Gladis quería que yo se la hiciera aunque yo no quería, asique fui una semana a Mendoza para que me enseñara como él quería que se la hiciera, así que la primer quimio se la hice acá en la casa. Después cuando le comente casi me mata porque me dice “tus hijos no tienen por qué estar expuestos a eso” asique la llevamos al hospital yo le hacia la quimio en la tarde, los primeros ciclos más o menos bien, ya del quinto en adelante le empezó a costar sabia llevarla alzada cuando terminaba, luego nos íbamos a la estación de servicio que esta frente a la terminal nueva, le compraba 1 o 2 Gatorade y nos veníamos a casa.

Salimos de eso, ella era optimista, tuvo un empuje y fuerza terrible y a pesar que yo ya tenía contacto con paliativo era la primera vez que me afectaba tanto.

Siempre dije, nosotros tenemos que saber que la gente que está en el hospital internada no está porque quiere estar, a nadie le gusta estar ahí, entonces nosotros como enfermeros tenemos que tener ese respeto, ese apego al paciente y a la familia porque la familia tampoco quiere estar ahí como también hay otras situaciones de gente que está muy bien y está ahí porque le dan todo y no quieren pagar nada y hay gente que no tienen nada, a veces nos piden una taza de agua caliente porque no tienen ni dos pesos, sin embargo si la gente pide agua caliente muchos se la niegan y se les dice vaya con una monedita allá está el termo, cuando en el estar se tiene por lo general una jarra eléctrica y digo “si vos te podes preparar un te porque no podes darle al otro un té o agua caliente” en esas cosas hemos cambiado para mal.

A mi todas esas cosas me llegaron siempre al corazón, será porque yo vengo de muy abajo, cuando te faltan cosas valoras todo, vos sabes lo que has sufrido, lo que has pasado, no era porque mi viejo fuera timbero o alcohólico, fue una persona honesta y muy guapo, tuvimos mala suerte con la piedra, con los patrones.

Vivíamos en Reducción y había un almacén no teníamos para comer y mi papa fue a pedir fiado, me acuerdo estar sentado con la mamá, no teníamos ni luz, estábamos con una vela, esperábamos a papá y nos largamos a llorar los tres cuando llego porque le negaron el fiado porque el señor del almacén sabía que el patrón no le iba a pagar, entonces todas esas cosas te van marcando en la vida y quizás por eso a mí lo de paliativo me haya sensibilizado siempre, lo hacía empíricamente.

Recuerdo haber decidido realizar un viaje de cuidados paliativos cuando un día me encuentro a una paciente que vivía en Rivadavia llorando con su mamá en la cama, entonces le pregunto qué le pasaba porque estaba triste y me conto todo lo que estaba viviendo, le preocupaban sus hijos, se sentía mal y que tenía mucho miedo a morirse, estaba la ventana cerrada me acuerdo que las abrí y le dije aprovechemos el sol no alcanza a ver las montañas desde la

cama? Porque no se levanta, la montaña esta hermosa, era un día muy lindo me acuerdo y de repente me dijo “no conozco las montañas” y fue ahí instantáneamente me dije “porque no hacemos un viaje con toda esta gente, hay lugares que no conocen”.

Salí de la habitación y le dije a Rosita, que era la secretaria del servicio “vamos a anotar a todos los pacientes oncológicos que hay y vamos a llevarlos a un lugar donde no conocen, a las montañas”. Yo no conocía mucho Mendoza, mi hermano se había casado ahí y solo sabía llegar hasta la terminal, más allá era otro mundo para mí porque siempre habíamos vivido alejados del centro así que mi hermano nos acompañó.

Fue el primer viaje que hicimos con los pacientes Oncológicos, nos fuimos a la montaña y de vuelta fuimos a un camping de ATSA, hicimos un asado, mi hermano nos esperaba ahí.

Los llevamos a la Virgen del Challao, muchos de esos pacientes al otro día o a los dos días fallecieron, había un chiquito de 14 años se llamaba David tenía un Cáncer de Colon, en esa época un cáncer de esas características en un chico tan joven era muy raro pero bueno él lo tenía incluso hasta por una Colostomía tuvo que pasar y aun así murió, otro chico de 19 años con un CA de testículos que lo operaron también murió esa semana, mucha gente y la pasaron tan bien a parte iba el enfermo con un familiar, conseguí el colectivo de la municipalidad entonces el paciente iba compartiendo la experiencia con el familiar porque al cuidador también tenes que cuidarlo tanto o más que al paciente porque también se termina agotando, fue una experiencia maravillosa y sin saberlo después cuando yo estudie e hice el Posgrado en Cuidados Paliativos la biografía dice “que hay situaciones en las que hay que sacar al paciente para que pase un día distinto” y yo ya lo había hecho.

Después hicimos otro viaje a San Rafael, nos fuimos tres días, en una camioneta llevábamos todas las cosas, también fuimos con mi hermano, nosotros dormíamos en una camioneta atrás, les conseguimos un lugar en el Club de Pescadores, teníamos la Virgen del Valle cerca, si bien yo no soy creyente pero si la mayoría de la gente.

Cuando llegamos a una determinada edad y de paso tenes problemas de salud graves, buscas aferrarte a algo, asique siempre busque alguna imagen cercana para que ellos puedan caminar, fuimos a Valle Hermoso ese viaje fue hermoso también.

Cuando comencé a trabajar con pacientes Oncológicos aún era empírico, siempre me llamaba la atención en ayudar a esa gente. Lo que es paliativo, o cualquier tipo de adicciones en aquellos tiempos era trabajar con lo que otras personas tiraban al tarro, profesionales que no les brindaban la atención que merecían.

Ya había tenido estas experiencias con paliativo cuando pasamos lo de Gladis (esposa) y así estuvimos casi un año con sus Quimioterapias, respondió muy bien al tratamiento, ya habían pasado aproximadamente 2 años, me encontraba trabajando en Clínica Médica, aun hoy siento una gran laguna cuando recuerdo aquellos tiempos, me encontraba estudiando en la Universidad Masa, cursaba el segundo año en Kinesiología, vamos a uno de los controles porque tenía un gran dolor en la cintura, le hacen un centellograma óseo y había hecho una progresión de enfermedad, un secundarismo, había hecho metástasis manubrio cuerpo esternal, proximal de la tibia, columna dorso lumbar, tenía metástasis ósea, estaba sembrada, asique otra vez había que comenzar.

Ahí el Dr Gago nos deriva con el Dr. Capó, le hicieron una Quimio y hasta el día de hoy todo más que bien, se hace controles, no tan periódicos como yo quisiera pero se hartó de los hospitales, de los médicos y abandone la Facultad.

A los 32 años le hicieron una Histerectomía Radical por una cuestión de que el tumor era hormonal, había que bajar hormonas y estrógenos tuvo una menopausia muy precoz.

Ella siempre dice que el día debería tener 25 o 26 horas porque le falta tiempo para hacer cosas porque es súper activa. Cuando quise hacer kinesiología, desde enfermería me decían “como vas a volver a ser Enfermero otra vez? sos jefe de unidad y te vas a volver a hacer enfermero” yo siempre fui

enfermero, es más, soy Enfermero, no soy supervisor, hace poco le mande un mensaje a mi colega diciendo que ese saco me queda grande, porque a veces uno esta incomodo en el lugar donde está y yo estoy más cómodo en los pasillos, pudiendo ayudar a cargar el tratamiento, pudiendo higienizar a un paciente, yendo a la guardia a ayudar, ese es mi lugar, no es mi lugar la oficina, los papeles, alguien lo tiene que hacer y yo estoy seguro que mis colegas lo hacen mejor que yo pero a mí me gusta lo otro, me gusta escuchar, por ejemplo ahora tuve 4 días de franco sin embargo el día lunes fui a un consultorio para hacer de psicólogo, fueron 4 compañeros a exponerme sus problemas, a contarme cosas intimas que están viviendo y le busco la solución porque me siento muy útil haciendo eso, la vida me hizo muy generoso.

Hay prioridades en la vida y siempre priorizamos cosas y Gladis fue mi prioridad asique bueno, deje la carrera pero aun puedo recordar cuando llegue a la Facultad, caminar por esos pasillos fue maravilloso, sentía el olor al libro, entre a la biblioteca siempre me gustó mucho la lectura era gigante, me acuerdo que lo primero que hice fue pagar el carnet de la biblioteca, eso me habilitaba poder entrar, caminaba por los pasillos y pensaba, estoy pisando una universidad y estoy acá. Pero pasó que tuve que abandonar los gastos eran muchos, los chicos, las obligaciones sumadas a lo de Gladis.

Seguí en Quirófano, Alicia (supervisora), siempre me decía que cuando iba a volver a clínica, no volví por ética y de respeto Adriana ( jefa de unidad de clínica médica ), había quedado en mi lugar, pasaron unas situaciones en las que no sé si se cansó Adriana o que paso pero yo veía que todo lo que se logró en esos 9 años se iban perdiendo, como cuando uno pinta una casa, entra mucha humedad y se va descascarando y se van cayendo cosas, eso lo noto mucha gente, entonces Alicia me pedía que volviera.

En una oportunidad hace 9 años atrás, un 2 de mayo del 2009 me llama Alicia en la oficina del instituto, me dice, “tengo ganas de tomar unos mates, veinte para acá”, siempre tuvimos muy buena relación, la respetaba mucho, al llegar estaba con Vanina ( secretaria), las saludo y me pregunta si iba a volver a clínica o no, le digo que si es para ayudar sí, pero no quiero interferir en nada con mis colegas, yo había dejado un lugar que ya estaba ocupado y para ser

sincero hay gente que aspiró siempre a ser jefe y les gusta cosa a mí nunca me gusto incluso es una palabra que me molesta mucho hasta el día de hoy y regresar a ese servicio también implicaba hacerle daño a un colega y no quería permitirme a hacer eso, hasta me ofrecí a volver como enfermero, no les cuadraba que quisiera ser enfermo en donde fui Jefe de servicio.

Me dijo que a lo mejor lo podía arreglar desde otro ámbito, entonces me dice, Rubén necesito un Supervisor de Enfermería y quiero que vayas vos al Departamento de Enfermería, yo estaba haciendo la Licenciatura, imposible ir si no era Licenciado, le digo “Alicia esto es para el año que viene?” me dice, “No, para ahora”, tenía que terminar la carrera, me faltaba Alta Complejidad, Docencia y Tesis me estaba yendo bien en la carrera, yo no me lo esperaba, tuve que decidir y decidí ir, el primer día fue terrible, todos me decían “es la cúspide de enfermería que más podes pedir” por eso yo siempre digo la vida fue muy generosa conmigo, para mí era solo un lugar distinto nada más, me acuerdo el segundo día como supervisor me encuentro a Don Oviedo y me dice “ encontré muchas cosas pegadas” habían plastificado todo el hospital, era una nota muy evidente, me di cuenta en el momento quien la había hecho, repartido y pegado, hablaba mal del Departamento de Enfermería, de Alicia, de mí, decía que yo era un ignorante, un acomodado que no tenía ni el título de Licenciado y eso era verdad, que era un lugar que tenía que irse a concurso, cosas muy dañinas, la persona que las hizo la expreso tal cual sus palabras y tal cual se expresa actualmente.

Soy una persona que en el Hospital no tiene problemas con nadie lo que no quita que todos me quieran y que está bien que así sea. Sentí en aquella oportunidad el apoyo de muchos compañeros, estaban muy enojados por el daño que habían causado, hubo que arrancar papeles pegados con la misma nota en todos los rincones del Hospital. Habían pasado solo dos días que había comenzado a trabajar en supervisión, lo tome como de quien venía porque yo sé lo que soy, jamás sería capaz de hacerle daño a alguien, me dolió ver que gente como Alicia jefa del Departamento de Enfermería sintiera presiones aunque ella siempre me dijo que jamás la presionaron conmigo.



Por eso digo y lo repito siempre la vida fue muy generosa conmigo, yo fui muy respetado, me dieron un premio del aprecio de mis compañeros, es algo muy bonito, yo voy al hospital y le doy la mano al de vigilancia, al compañero de limpieza, al médico, al enfermero todos los días, eso es muy gratificante.

Y bueno, hasta que me logre recibir, ya habían pasado 7 u 8 meses de todo esto, se había calmado un poco y ya me entraron a conocer porque no seque habrán pensado por ahí, como que yo iba a ir a matar gente o a pisar cabezas.

Siempre ha existido mucha competitividad en el enfermero, entre los mismos compañeros y con el tiempo se dieron cuenta que yo no era así y ahí la cosa cambio.

Siempre estuve en contacto con la clínica desde que estoy en el Departamento de Enfermería y en una oportunidad cuando vino el Dr. Tamaris (médico Oncólogo,) a trabajar en el servicio de Oncología y me dice “Rubén porque no hace paliativo usted” y le respondo “no sé qué es eso , me explica y le cuento que lo venía haciendo empíricamente, me gusto porque es un postgrado asique me anote e hice el postgrado de cuidado paliativos en Buenos Aires, fueron dos años, viajaba 3 o 4 veces a buenos aires, lo hacíamos online y las practicas se hacían allá, en el Hospital Italiano, en el Garraman entre otros.

Fue una experiencia maravillosa, yo me acuerdo la primera clase que tuve no me quería ir, esas clases que uno entra a las 8 de la mañana, se hacen las 8 de la noche y uno quiere que siga, entonces ahí me di cuenta mucho más que esto era lo mío.

Veía lo que estaban haciendo allá con los pacientes, con la familia, inclusive antes de conocer lo que era paliativo llegue a hablar por una casa que es de las Monjas que está en Giagnoni, es una casa grandísima y estaba desocupada y yo pensaba en toda esa gente que viene de La Paz y que no tienen nada que por ahí no vienen a hacerse el tratamiento porque no tienen ni para el pasaje, no tienen para volver, fui a hablar con las Monjas para ver si

podía conseguir esos espacios vacíos que tenían para que pudieran albergar a esa gente durante el tratamiento y que desde el hospital le lleváramos la comida, todo eso se gestionó, eso no se logró lamentablemente pero se gestionó, lo gestionamos con Patricia Cabrera, con gente del servicio social, eso después, cuando estude lo vi todo en Buenos Aires y me di cuenta que yo solo necesitaba el título, lo había estado haciendo sin darme cuenta y estaba muy bueno, ya estaba todo armado y yo no sabía.

Hice el postgrado de paliativo y empecé a remarla, por eso digo que hace más de 20 años que hago paliativo y médico paliativista acá en Mendoza no hay y bueno había que a andar por los pasillos, a pedirle por favor a los médicos que revise a los pacientes con dolor, pedirle que le cambie la medicación, etc, así a rogar por tanto tiempo.

Pero las cosas fueron cambiando y ahora había un título me abalaba y en Oncología había también un poco de resistencia, el Dr. Aguilera nunca creyó en cuidados paliativos.

Porque no solo es el tratamiento, hay una parte emocional que es fundamental para la contención.

El paciente que está diagnosticado en cualquier tipo de enfermedad es de suma importancia lo paliativo porque no solamente abarca a la persona con Cáncer, generalmente el 90% lamentablemente son enfermedades crónicas evolutivas y terminales, entonces lleva un desgaste en la familia y el paciente, una vez que el paciente está diagnosticado inmediatamente pasa a paliativo, esto pasa en Bs As y ahora está pasando acá de a poquito, es el logro que queremos hacer, en Buenos Aires diagnostican al paciente con un tumor "X" o una enfermedad "X", renal, Epoc por ejemplo ya lo diagnostican saben que el paciente es evolutivo y terminal y va inmediatamente a la interconsulta a cuidados paliativos, es parte del tratamiento, está por supuesto mucho más organizados los tiempos allá, hay religiosos, asistentes sociales, psicólogos, psiquiatras, todo un comité pero la base fundamental y lo ponen en gigante, hacen una pirámide y el enfermero como punto principal y el médico abajo, así de importantes somos y de ahí el resto del equipo, gente que hace musicoterapia, educación física, gente que hace pintura, arte terapia, cuencos,

infinidades de cosas y eso ayuda a transitar la enfermedad, tanto al paciente como al familiar.

El paciente va a llegar a su última etapa en paz, pero el que la rema después es el familiar. Por eso siempre decimos que ayudamos a que el duelo no sea patológico, que el familiar intervenga en el cuidado, lo cual no quiere decir de que el familiar tenga que hacer todo nuestro trabajo, todo lo que nos corresponde, por ahí esa parte la confundimos, cuando hablamos de higiene y confort etc y está bueno que nos ayuden pero no desligarnos de nuestra responsabilidad, es importante que se involucre el familiar y después que este externalizado, que no esté internado, porque todos los pacientes quieren morir en su casa, el 95% de la gente quieren morir en su casa, así no tengan nada en los domicilios pero y bueno, es su lugar, es lo que pudo obtener en su vida y que tenemos que hacer, ayudarlo, nada más que eso, ver lo que le falta y aportarle lo que le falta, eso es todo y lo hacemos.

Hacen muchos años que voy a los domicilios hasta la actualidad lo hago y mucho antes de tener el título también, ayudo a pacientes oncológicos y no oncológicos como a los pacientes con tuberculosis, con cólicos.

Un muchacho muy joven, Rubén González, un alcoholico que entro casi terminal, yo creía que se moría, venía con una Ictericia grandísima, verde venia ese chico, había tenido ingresos a repetición, logramos con todo el grupo, la familia que lo apoyo para sacarlo de esa adicción, él trabajaba en un lavadero, íbamos con Gladis y le llevábamos mercadería para que tuviera para comer, nunca le faltó el jugo, era acompañarlo y ahora está increíblemente bien.

En el Hospital teníamos en placar de Clínica 2, desodorantes, máquinas de afeitar, ropa, jabón, todo para los pacientes y tenía una caja chica y ahí poníamos una monedita cada uno y servía por ejemplo para el pasaje de los pacientes para que fuera una atención completa, juntábamos mercadería para el que necesitaba.

Siempre fui así, mi vida y la vida del servicio de clínica, se inauguró de esa manera y no hablo del servicio en sí porque ya estaba inaugurado sino en

la manera de trabajar y de colaborar, mientras yo estuve se empezó a trabajar así.

Siempre me he involucrado mucho con los pacientes y he podido manejar mayormente mis emociones pero a veces hay sentimientos que ante la muerte del paciente te marcan como la de David Vidoau, un chico de 14 años que lo mencione recién cuando les comentaba de aquel primer viaje con el servicio de Oncología, ese niño fue muy especial, primero por su edad, tenía un Cáncer de Colon que si bien estadísticamente en el hombre es lo estadificado como lo es en la mujer un CA en el cuello de útero o un CA de mama, pero en un niño de 14 años era terrible, sus biopsias viajaron al Notti, y a todos lados para estudiarlo.

Vivía en California y estuvo con nosotros más de dos meses, nos hicimos muy amigos, lo pasaron de cirugía a clínica médica porque ya le habían hecho una colostomía, no había más nada que hacer en ese servicio y el chico estaba muy consciente, con esperanzas de vivir y bueno lo íbamos a ver a su casa también.

De pronto comenzó a agravarse cada vez más y en una oportunidad me agarro la mano y me dice “yo no me siento bien pero quiero ir a jugar con mis hermanos, quiero estar bien Rubén, yo no quiero morirme” y eso a mí me dio mucha bronca, yo veía a la familia tan humilde y uno que se sienta a veces tan inútil, pensaba como poder ayudarlo y porque esto lo estaba viviendo un niño con toda una vida por vivir.

Un día determinado como a las 2 de la mañana me llamaron mis compañeros y me fui, estaba muy mal, se había caído de la cama, se visceró porque era tan grande el tumor y estaba muy mal, sentía una desesperación e impotencia tan grande y murió ese mismo día como a las 5 de la mañana, eso me pego mucho, si bien siempre digo que nosotros los enfermeros andamos con la muerte en los bolsillos de llavero la llevamos siempre y en determinados servicios como clínica médica vemos la muerte más a menudo, pero si, lo que le paso a ese niño me pego muy fuerte, todo era dolor, vi la necesidad de los padres y después los seguí yendo a ver y eso les hizo muy bien, siempre fueron gente muy agradecida, tuvieron que pasar por una etapa de duelo

terrible, imagínense perder a un hijo tan joven, unos padres sumamente humilde.

Y bueno, me llama Olga Álvarez (enfermera jubilada), una excelente enfermera y compañera, me llama, ella era vecina de esta familia Vidoau, era el cumpleaños del esposo de Olga, lo hicieron en la escuela que está pegada al centro de salud, tuve la oportunidad de hablar mucho con Don David Vidoau (padre) y con su esposa quien ya falleció de un Cáncer de Útero, me expresaron ese día que tuvieron mucho apoyo de la iglesia, que les hizo muy bien mis visitas mi contención, que volver al servicio y compartir momentos con los otros chicos también los ayudo, fueron muy bien recibidos y dije esto no se puede parar, ver la necesidad del otro en ese momento alguien lo tiene que hacer, alguien tiene que cubrir ese espacio, por eso me forme en cuidados paliativos, si bien ya lo hacía empíricamente después me forme y lograr ahora que se abriera el consultorio que todavía cuesta un montón pero hoy un enfermero hace consultorio y para la enfermería ha sido un crecimiento gigante.

En 2016 empezamos a hacer el consultorio, empezó Carina Blotta hizo un avanzado con la gente de San Juan donde yo me forme y ahí comenzó paliativo, luego hizo la especialización en la UNC, hacíamos en 2016 consultorio de paliativo una vez a la semana nada más, después en el 2017 dos días a la semana dos horas, del 2016 hasta el mes pasado hicimos una estadística y fueron 600 consultas con 3 horas semanales, ahora esta los lunes y los miércoles la Dra. Blotta conmigo y los martes y jueves estoy yo solo, hacemos de 12 hs a 14hs que eso es lo formal, porque permanentemente me están llamando por una medicación, o porque alguien se siente mal o se necesita reajustar la medicación.

Nosotros como enfermeros no podemos hacer recetas así que estamos en contacto permanente con el médico, pero por ejemplo en los consultorios que yo estoy solo los martes y jueves ya tienen los pacientes las indicaciones, y lo que yo hago es sugerirle aumentar la cantidad de "X" medicación, disminuir la otra, hago todo lo que es la educación de enfermería porque para eso tenemos que saber qué tipo de medicación está tomando, que contraindicación

tiene, que nos produce, entonces hago todo lo que es la educación, el cuidado de la piel, el cuidado de la boca, todo, un PAE bien grande, tengo la posibilidad de auscultar cosa que deberíamos hacer todos, reviso al paciente, hago la valoración completa con el paciente y el médico, por eso digo que es un avance gigante el que hemos hecho en enfermería y eso tiene que seguir.

Buscamos generalmente que los pacientes estén fuera del hospital entonces vamos a domicilio, la Dra. me acompañó el primer año, después vio que hay pacientes que viven muy retirados, La Dormida, La Paz, 3 Porteñas, Ramblon, Chapanay, esto es algo que hago hacen años y por supuesto no se cobra absolutamente nada, cero pesos, como debe ser, hay que ir a dar una mano, he ido a domicilios que no tienen ni agua y he ido a otros domicilios donde pisan mármol de principio a fin, pero en definitiva somos todos lo mismo, hay algunos que lo único que tienen es plata nada más, pero cuando la salud se nos quebró, terminamos todos en la misma situación, somos todos iguales.

Para mí la muerte es un misterio, creo que es lo único que el ser humano tiene bien claro que, no va a saberlo y que nos va a pasar a todos.

Nosotros nacemos programados y una vez del primer llanto, alguien nos puede llegar a decir ¿en 6 meses te morís?, no, o ¿vas a vivir 15 años? lo que sabemos seguro es que nos vamos a morir pero no sabemos cuándo.

Y cuando a nosotros nos marcan una enfermedad nos dibujan en la pizarra lo que nos queda. Por ejemplo ahora tenemos un chico de 24, otro de 26 años que sabemos que no tienen vuelta atrás y sabemos que son como mucho 3 o 4 meses, pero no podemos decir cuando, y si muere gente de todas las edades pero es un misterio.

La previa al momento de la muerte es muy dolorosa, porque nacer nos colma de una felicidad indescriptible pero también es cierto que la vida es parte de la muerte, entonces alguien tiene que hacer de que no sea tan doloroso y ese dolor lo podemos evitar mandando al paciente a su casa, acompañarlos en la casa, acompañar a la familia, valorar a esa persona y que se valore, dejarlo disfrutar, hay gente que en una semana ha vivido lo que no ha vivido en 40 años, pasa eso y está escrito, entonces hay que ayudarlo para cuando llegue

ese momento ya que es una situación “ muy difícil” tanto para el muriente como para todo su entorno y así todos o la mayoría estén preparados para enfrentar tanto dolor.

Cuando uno logra trabajar con los pacientes terminales y les permitimos que se saquen todo lo que en sus mochilas pesan el paciente logra entregarse en paz. Todos en la vida tenemos mochilas y liberarnos de ellas nos permite ser más felices, yo tengo la mía y la voy a seguir teniendo y de acá a que me muera, no sé cuándo será, pero sacarme todo eso va a ser genial y todos nos tenemos que sacar esa mochila, tenemos que morir libres, si estamos disgustados con un hijo, con un hermano, yo vi cosas con paliativos maravillosas, gente separada, venir la ex esposa, tomarle la mano y decirle te perdono o que él le diga perdóname, esa es una mochila menos y yo he estado ahí, respetando siempre todo de lejos en silencio, porque la ex esposa me había contado lo que había pasado.

Nosotros quienes somos para juzgar? Desearle la muerte al otro porque me hizo daño, no sé si es tan grave, puede pasar en un momento de bronca porque pasa, pero pedirse perdón en ese momento es descartar la mochila para un costado. Entro el hijo y lo mismo paso con padre le dio un abrazo y el padre le dijo “perdóname hijo” y otra mochila menos, entonces se mueren livianos, saben que se van a morir y se mueren tranquilos y en paz. Que la familia también esté, estar aislados, el haber dicho “míralo como está ahora, tirado, ojala le vaya peor” a veces somos así y eso nos hace mal a nosotros. Por ahí te pones a pensar porque lo digo si yo no lo siento así, no lo disfruto, pero somos así los seres humanos, somos complejos.

La muerte como les dije es un misterio y es parte de la vida y yo la acepto y nosotros como enfermeros lo que tenemos que hacer es ayudar a aceptar la muerte tanto al paciente a la familiar y a sus seres queridos también.

No soy creyente, no creo en Dios, en cambio Gladis (esposa), si es muy creyente, mis hijos no tanto pero si creen, nunca les impuse o los obligue a ir a la iglesia, todos tienen la libertad de elegir.

Tengo a mi hermano que no se si va a una iglesia evangélica, si estoy seguro que no es católica y la religión lo cambio para bien en un 100%, mi otro hermano es muy creyente también y yo acepto sus creencias sin ningún tipo de problema, mi hermano cuando viene a casa bendice la mesa, no me molesta en lo absoluto, mi sobrino practica la misma religión, está todo bien.

Gladis no es practicante pero hay veces que tiene ganas y le digo que porque no vas y termina yendo porque sé que le hace bien, mi cuñada igual, entonces van, se acompañan y lo disfrutan, está buenísimo, de eso se trata.

Siempre me pregunto porque a esta persona le pasa esto, porque sufre tanto, que hizo para sufrir tanto, nadie tiene derecho a sufrir así. La respuesta de muchos suele ser “si hubieras visto lo que hacía esa persona en la vida, “ lo que acá se hace acá se paga” no, no es así y esos dichos me lo dicho gente creyente, hasta un cura me lo dijo una vez y pienso en esas personas y me pregunto que estudiaron, si yo no lo pienso que estoy totalmente ajeno a todo eso, porque vos entonces, nadie se merece sufrir, errores todos los tenemos pero esta bueno que alguien nos dé la oportunidad, hasta el último delincuente debe tener su oportunidad, no hay derecho a que sufra, si me preguntan porque? qué se yo, hay que entrar en la psicología de un asesino serial, así mismo es un enfermo, estamos hablando de una persona enferma, los violadores como lo que estamos viendo ahora con Provoló, si lo pensamos en frio decimos “Como van a violar niños sordomudos”, son tan o más enfermos que estos pobres niños.

Pero eso lo podemos diagnosticar, lo podemos ver, lo podemos presumir de que una persona sea así pero con la muerte no se puede saber nada, todos dicen de acá nos vamos al paraíso, otros al purgatorio, nadie sabe, entonces nosotros tenemos que darle la oportunidad a la persona de que en esta vida, acá en la tierra donde conocemos y que si vemos, que la pase bien y que este bien hasta el último suspiro.

Nosotros como enfermeros aparecemos en un momento muy especial en la vida de una persona, muchas veces en la etapa final, por eso somos tan importantes, y para esa gente somos muy especiales, hay que acompañarlos

en el dolor y siempre comprender que están pasando por algo, que nadie quiere pasar.

A pesar del gran dolor debemos sentirnos satisfechos, porque podemos ayudar, podemos apoyar, podemos contener.

Hacen dos semanas me llaman los Médicos de la guardia que había ingresado una paciente con muchísimo dolor, me encuentro con una señora y el hijo llorando, una señora de 52 años, se doblaba del dolor, el hijo angustiado me dijo, no la pare de la silla de ruedas siente mucho dolor y me pidieron los médicos clínicos, estaba el Dr. Gabriel y la Dra. De Los Ríos que si yo les podía sugerir tratamiento del dolor para esta señora, entonces le digo, aparentemente es un CA de mama, parece que hay metástasis ósea, no tiene muchos estudios y pasa muchas veces que los pacientes se hacen ver y si tienen dolor les dan Ketorolac y ya está y no es así, le sugerí el tratamiento, fui a la farmacia, le busque las cosas, me tome un tiempo para poder explicarle más o menos la medicación como la tenía que tomar y les dije si al otro día pueden vengan por favor porque ahí va a estar la Doctora y vamos a estar en Oncología, cuando la vi al otro día me besaba las manos la señora, el hijo había dormido, el esposo había dormido también.

El dolor es lo peor que puede sufrir un ser humano, el dolor te aísla del mundo, quien no ha tenido un dolor de muela, no queremos ni que nos prendan la luz, es terrible y más ese tipo de dolor, aparte, el dolor si lo vemos no es solamente el dolor físico, el dolor equivale a un dolor total, siempre lo digo que está en la definición de Cicely Saunders que dice que el dolor lo abordamos en cuidados paliativos como un todo, físico, psíquico, social y espiritual.

El dolor social, yo estoy internado y soy jefe de familia y mi gente no tiene para comer y yo estoy acá, no puedo darme el lujo de que me traten una enfermedad, eso es un dolor social, es terrible y ese dolor social tiene que tener un abordaje y el abordaje lo tiene que hacer la enfermería, porque quien llama a las asistentes sociales? Nosotros, porque las llamamos, le sugerimos al médico, llámese jefe de unidad, enfermero de piso, o como se quiera llamar es un enfermero el que le sugiere al médico por favor hágame la interconsulta al servicio social y vamos nosotros al servicio social y gestionamos, yo lo hacía

siempre en clínica médica, las interconsultas no las llevaba el secretario, las interconsultas las tengo yo y yo las llevaba porque yo explicaba lo que la gente tenía, no es lo mismo llevar un papel y dejarlo en un cuaderno a ir a una interconsulta.

Siempre le decía a todos los mis compañeros en este papel hay una vida, que se llama fulano de tal que acá dice como se llama, esa vida tiene una familia, es un papel con muchísimo peso, entonces alguien tiene que hacerse cargo de eso, bueno, el dolor social se trata así, cómo hacemos? llamamos a la asistente social, luego va la asistente social, le hace un relevamiento y los tenemos que seguir, entonces buscamos una pensión, buscamos ayuda, les buscamos que le arreglen el techo, buscamos que los chicos vayan a la escuela mientras la señora se está haciendo el tratamiento, buscamos minimizar o que se vaya el dolor, porque si yo estoy internado y sé que mi hijo está comiendo, mi esposa también está comiendo, están yendo a la escuela, tienen zapatillas para ir a la escuela, hace frío tienen una camperita porque alguien le regalo, que alguien le diera la oportunidad de comprar una garrafa, entonces ese dolor lo calmamos, entonces es un dolor menos, el espiritual, porque me pasa? y bueno, hay que buscarle, porque no llamar a un cura a un rabino o llamar a un pastor, a lo que la persona quiera y que ese dolor espiritual se minimice, ya no es un dolor menos, son dos, me queda el físico, cuantas cosas hay para hacer con el dolor físico, al paciente lo podemos posicionar, lo podemos higienizar, le podemos perfumar la pieza, un ambiente más agradable, en cuanto a la medicación tenemos muchísima para calmar el dolor y ya tenemos 3 fases del dolor casi calmados, pero eso quien lo gestiona? el médico y no digo todos porque algunos realmente son excelentes y tienen valor humano pero de esto que hemos estado hablando no lo ven y quizás sea la formación que tengan pero esta parte no la tienen, no la ven y cuesta muchísimo.

En un hospital fíjense por quien es recibido el paciente, un niño cuando nace quien lo recibe, el enfermero, una persona cuando muere quien está al lado? el enfermero, nosotros estamos del nacimiento, desde mucho antes también, desde los controles hasta la muerte, somos muy importantes y servicios hay a montones y especializaciones también a mí me encanta

paliativo a otros neonatología, obstetricia, clínica etc., pero esto alguien lo tiene que hacer y nosotros en el inconsciente lo hacemos, porque ustedes lo hacen permanentemente, siempre lo hacemos y está buenísimo y cuál es el mejor pago de todo esto, la satisfacción personal que nos queda cuando nos dicen muchísimas gracias por la atención, me atendieron de maravilla, me sentí como en mi casa, me sentí contenido.

Paliativo para mí muy gratificante pero yo a esto no lo voy a hacer toda la vida y alguien tiene que seguir, estamos hablando de la muerte y yo no sé en qué momento me va a tocar, no soy una persona sana, tengo mis vicios, tengo diabetes y esto cansa, soy una persona que generalmente vive estresado porque me vivo haciendo problemas por el otro, por mis compañeros y quiero que estén bien.

Con mis compañeros me pasa que siempre me llaman para hablar y eso está bueno porque si me llaman es porque tuve empatía con el otro, saben que voy a gestionar lo que el otro necesita, lo que mi compañero necesita, me llaman de todos lados y bueno, eso es lo que a mí me apasiona.

Apoyo tengo de mis colegas, fíjense conseguimos tener la primer habitación con dos camas en Clínica 1 especialmente para cuidados paliativos y ningún hospital de la provincia tiene una habitación para cuidados paliativos, nosotros si la tenemos, con reformas para hacer, que el biombo quedo más acá, más allá, pero tenemos una habitación en donde un paciente está con el familiar y está bien contenido, con su privacidad dentro de todo.

Me gusta mucho leer como por ejemplo “Los pilares de la tierra”, “Un mundo sin fin”, este es un novelista excelente y habla mucho desde la creación, de lo que logra hacer el hombre desde las esculturas, del sufrimiento de la mujer y del que todavía se ve mucho machismo.

No me he basado específicamente en alguna teórica en particular pero si tengo muy presente todas las necesidades q tienen las personas, marcado el respeto al otro, soy muy amplio en cuanto a la información.

La ayuda para mi es lo primero, ha sido la base de mi carrera, nosotros somos enfermeros y estamos capacitados para cuidar, no para curar, esa es la

base nuestra, entonces si estamos capacitados para cuidar primero tengo que ofrecer ayuda y siempre nos van a decir que si, cualquier paciente así sea el más renegado, ustedes le ofrecen ayuda y les va a decir que si, entonces ese es el primer contacto que tenemos y de ahí hacer.

En la formación del estudiante se necesitan cambios, abordar temas referidos a la muerte y a cuidados paliativos, incorporarlos en la carrera, en medicina entiendo que lo están incorporando en quinto año pero como un repaso, humanismo creo que le llaman, pero se debería incorporar. Sería mucho más fácil trabajar.

Cuando el estudiante en Enfermería hace las practicas está un poco más controlado porque tiene a su docente al lado pero una vez que se recibió, consigue un trabajo y ya no se los cuida tanto y podemos llegar a tener las mejores calificaciones que si a la hora de entrar a una habitación no logramos tener ese contacto con el paciente, no sabemos cómo abordar una comunicación no hemos logrado el objetivo.

No me canso de repetirlo, nosotros caminamos por los pasillos como enfermeros, ingresamos, nos cambiamos, recibimos la guardia, empezamos con los controles, cargamos la medicación pero antes de entrar a la habitación con la medicación esta bueno cerrar los ojos dos segundos nada más y ponernos en la cama de ese paciente para ver que se siente. Entonces no está bueno que nosotros entremos diciendo, se tomó la pastilla? un buenas tardes, un cómo le va, como anda don Héctor, como ha estado hoy, señor ha comido?, tomo élte? Sigo insistiendo, el vaso de agua caliente, cuanta gente nos pide y la mayoría le responde diciendo “hay un termo acá a la vuelta, funciona con una monedita” sin embargo cuanta de esa gente no tiene ni un peso y solo está pidiendo un simple vaso de agua caliente y quien quiere obrar bien todavía debe sentir la presión de muchos de sus compañeros porque no están de acuerdo.

Tengamos la capacidad, la honestidad intelectual y personal, vayámonos tranquilos a la casa que hicimos algo bueno. Yo no puedo venirme a mi casa si no hago algo por alguien y si noto que no he hecho lo busco, siempre encontramos algo, encontramos 20 pesos para el televisor o para que tengan,

encontramos gente que no ha comido y le das la vianda que te dan en el hospital, gente que por ahí salió y no tienen ni para el colectivo y los llevas.

El hospital está lleno de necesidades, la gente va porque algo necesita, primero mejorar su salud, de ahí empezamos a hablar de todo lo que les falta, eso es así, eso es innato en mí y lo he ido compartiendo y es como que uno lo va sembrando, lo va tratando de contagiar.

La parte de paliativos, es una satisfacción que no se lo pueden imaginar, es una experiencia magnífica, algo divino, muy lindo de lo que muchas veces sería necesario recibir ayuda profesional, jamás fui al psicólogo, pero cuando noto que no me siento bien, que siento demasiado dolor me tomo unos días de franco, descanso un poco porque la idea es poder ayudar y sentirse bien cuando uno lo hace.

A veces te dicen que no puedes llorar haciendo el trabajo que uno hace y eso es un error, si yo lloro con un familiar o un paciente está buenísimo, porque estoy compartiendo el dolor con ellos mismos, esa persona que está llorando, está sintiendo el mismo dolor, eso se llama apego, entonces se desahoga la persona que está mal y se desahoga uno mismo y sale renovado porque hizo el doble, con un par de lágrimas hiciste dos cosas, contuviste y de paso te desahogaste y te da fuerzas como para seguir.

Me gusta mucho estudiar, mi próximo objetivo es el Doctorado en Enfermería y pienso que ese título me puede abrir nuevas puertas para poder ayudar, lo que me frena un poco es el Inglés, eso me mata creo me costaría mucho pero quizás no sea tanto. También hay otros factores, no se puede estudiar el Doctorado a distancia así que lo veremos en un futuro.

La otra meta que tengo es que se abra el servicio de cuidados paliativos, que ya estamos cerca, tenemos consultorio, se tienen que formar enfermeros y médicos y que tengamos un par de habitaciones más. Continuar con lo que se está haciendo, hoy un enfermero está haciendo consultorio de Cuidados Paliativos que haga también interconsultas para enfermería es un crecimiento gigante. Nosotros hacemos valoración y le sugerimos al médico quien acepta nuestro punto de vista porque sabe que uno ha hecho la especialización o por

el simple hecho de que sabe que uno quiere hacer las cosas bien y cuando uno tiene buenas intenciones las cosas no pueden salir mal.

La vida ha sido muy generosa conmigo, me reconoció la Legislatura de la provincia hace 3 años, como enfermero profesional tuve el mejor promedio, la supervisión, la Municipalidad, son solo papeles pero que han valido la pena en mi vida.

La verdad es que en un momento lo único que pedí fue salud y que en un momento se quebró y que pudiéramos estar bien en mi casa, nada más y que mis hijos tuvieran lo que necesiten, lo mínimo, nada de lujo, lo indispensable pero que se pudieran formar, que no le falte el plato de comida, siempre les digo a mis hijos que salgan de la casa con la frente en alto y siempre con algo en el bolsillo para dar una mano por ahí al que les toque ayudar y que no te fijes si es negro, blanco, petiso, paralitico, no te fijes, es una persona, es un hermano tuyo, dale una mano, veinte contento con eso que hiciste el bien.

Mi hija ahora está estudiando medicina, la mandan los días sábados al hospital Notti a la casita de Ronald Mac Donald entonces sirven el té a los papás de pacientes que se encuentran en terapia, oncología entonces me sabe contar que están estos padres toda la noche en el piso y siempre hablamos eso, le digo, sabes lo que se siente tener a un hijo internado ahí que no sabes si va a vivir o se va a morir, tenes la muerte rondando en el pasillo. Y volvemos a lo mismo, a ese misterio de la muerte, yo sé que se va y no nos vemos más y estamos hablando de una vida de 4 años o 5 o más chico o un poco más grande, pero que es un niño que ni siquiera han comenzado a vivir. Me decía mi hija este sábado pasado por ejemplo, vos sabes papi que vinieron dos señoras y un papá, y me dijeron que si les podía dar un poquito más de agua, porque si bien les dan un desayudo generoso, eso lo hace la casita de Ronald McDonald, le dan café con leche, mate cocido con tortitas con lo que ellos quieran y los estudiantes de medicina van con el carrito y les ofrecen, va el que quiere, es voluntario, mi hija va todos los sábados con otros compañeros más por supuesto, y estos padres lo que querían era volver a usar ese saquito de té con más agua caliente porque tenían hambre y les dieron por supuesto

saquitos nuevos pero que ella vea esas necesidades ahora que se está formando le permite ver desde el interior lo que realmente puede estar sufriendo una persona y que ella tenga ese sentimiento , que lo pueda ver me encanta.

A veces le digo en la parada del colectivo te vas a encontrar gente está buscando una monedita es porque les falta realmente, las ves llenas de niños que están saliendo del Hospital, arrímate, pregúntale cuanto te falta para el colectivo? dale los 5 pesos o lo que le falta si los tenes, capaz que esta con un montón de problemas, te vas a hacer más rico o más pobre con 5 o 10 pesos? Entonces esa gente llega a destino, a su casa, dentro de todo cómodo, la realidad no se la puedes cambiar pero por lo menos le diste la oportunidad de que llegue a su casa.

Hay gente muy buena que ha tenido mucha mala suerte, vivimos épocas muy difíciles y no sabemos hasta cuando, nosotros tenemos que agradecerle a la vida lo que tenemos, tenemos un trabajo chicos, tenemos un trabajo estable y muchas veces no lo valoramos aunque nos haya costado llegar, no tenemos que estar en el rayo del sol, esto es un lujo. Tenemos que dejar de renegar un poco, si no existiera el paciente y la familia del paciente nosotros no tendríamos trabajo, entonces primero tenemos que agradecer el trabajo y tolerar algunas cosas que no nos gustan y aunque estemos cansados porque es parte de nuestro trabajo.

No todo el mundo es así, hay gente que por más problemas que tenga los sabe separar cuando llega a trabajar, la parte humana es la que no se debe perder nunca, menos nosotros como enfermeros. Desde la formación del enfermero se debería poner más hincapié en el respeto al otro muy al margen de todos los problemas que tengamos porque los pacientes y sus familiares lo notan, lo perciben, el buen día, buenas tardes, como les va, soy estudiante de enfermería, puede hacerles tan bien, se experimenta otra confianza.

Hay pacientes que están mal porque no pueden dormir y si ustedes se sientan 10 minutos junto a ellos, le tomamos la mano y le preguntamos en que lo podemos ayudar y vemos que esta triste van a ver que se ponen a llorar y después nos empiezan a contar, se les termino el dolor, no hace falta

medicación, duermen tranquilos y ¿que hicimos? Solo le pusimos la oreja, lo escuchamos, que también es parte de nuestro trabajo.

Los enfermeros como les he dicho somos seres especiales, el nexos más importante entre el paciente y el médico, no podemos hacer las cosas de manera mecánica jamás, sino estuviéramos nosotros en el medio les costaría mucho a los médicos poder llegar a los pacientes, es muy importante nuestro trabajo.

Soy una persona de hacer y de pensar todos los días que hay para hacer nuevo, como se puede mejorar la atención, me siento muy bien cuando entro al hospital, me siento muy gratificado porque tengo la suerte de poder bañarme dos veces al día, tengo agua caliente, ahora, no la tuve en su momento, puedo comer, tengo un vehículo pero siempre me voy en colectivo, tengo una familia hasta hoy sana y tengo amigos, mis compañeros de trabajo, todos me dan un beso, me abrazan, que más le puedo pedir a la vida.

Una enfermera me dice hace poco “Rubén este chico necesita ayuda económica”, un chico joven que se estaba haciendo una quimioterapia, me lo piden a mí y eso lo agradezco, poder ayudar a esa gente en algo, en hacerles un trámite, en comprarle algo es maravilloso, le podemos pedir más a la vida? Que me abrace un compañero y me diga te quiero y que no me vean como supervisor, yo soy enfermero y me presento como enfermero, eso no tiene precio.

Estoy cumpliendo funciones en un lugar determinado que uno no sabe hasta cuándo y que estoy ahí por una cuestión estratégica, estando en supervisión tengo otros accesos y conseguir todo lo que se ha conseguido.

Esto que ustedes han hecho, entrevistarme es para mí otro regalo de la vida, no me queda más que agradecerles, siempre digo que yo no me merezco esto, hago lo que realmente me hace ser feliz y estar bien, lo que siempre hice en la vida lo hice de esta manera.

Yo me levanto todos los días pensando que puedo dar, a quien puedo ayudar, es mi empuje. La unión vecinal por ejemplo vinieron a buscarme por 6 meses por favor Rubén necesitamos que estés al frente y bueno acá estoy

siendo Presidente de la Unión Vecinal de Servicios Públicos y también de este lado hay muchas cosas para hacer.

Los enfermeros somos personas muy sufridas, porque con distintos caracteres absorbemos los problemas de la gente, algunos más despectivamente, otros no tanto, con más apego pero en definitiva todos hacemos lo mismo. Debemos valorarnos, superarnos permanentemente siempre mejorar.

Tengo un referente de la editorial Cicely Saunders que fue la creadora de los cuidados paliativos, fue enfermera primero del Reino Unido, falleció el 14 de julio del 2005 y los padres la marginaron quienes tenían muchísima plata en Inglaterra le dijeron que como iba a estudiar enfermería, después estudio medicina, fue la que crea la teoría del dolor total, fue la primera que inaugura el hospis, que es una casa hogar para los pacientes murientes, con jardines, con parques. Fue increíble lo que hizo esa mujer, falleció hace pocos años y uno de los médicos que nos formó a nosotros, el Dr. Desimone que es el jefe de cuidados paliativos del hospital Budaondo tuvo la oportunidad de conocerla y tiene una foto con ella en su estudio, imagínense, me hubiera encantado conocerla, porque de ahí nacen todo lo que son los cuidados paliativos en Latinoamérica, es como hablar de Enfermería y mencionar a Florence Nightingale.

Lo que hago, lo hago porque necesito hacerlo, no está escrito en ningún lado, me sale hacerlo así entiendo que todos lo hacen igual, tenemos compañeros que tienen una difícil relación entre colegas pero con los pacientes y familias son excelentes con el trato que tienen. Mucha gente dice que hay un cambio en el hospital en este sentido, en la comunicación.

Hay que ponerse siempre del otro lado, es fundamental. Yo trabajo mucho en la relación nuestra, en eso tendría que haber una capacitación para ver cómo podemos mejorar las relaciones interpersonales porque me tomo mucho tiempo en eso, me gusta sentarme, tomar mates, preguntar como esta, me cuentan los problemas, hay enfermeros que piensan que poner una barrera con el paciente es lo mejor para no involucrarse y si uno quiere generar un cambio debe sentarse y hablar con ellos.



Con respecto a las relaciones interpersonales creo que alguien tiene que solucionar esos problemas. A un problema no hay que agregarle otro problema porque si no jamás vamos a encontrar una la solución y alguien tiene que hacerlo y cada uno cumple con una función distinta, tal vez lo que más le gusta hacer, por ejemplo a mí me comparan con otros supervisores y somos distintos, ellos tienen la capacidad que yo no tengo en la parte administrativa, porque a ellos les gusta eso y está bien, a mí me gusta lo otro.

Algunos de nuestros compañeros se sienten bien cuando paso y les pregunto si necesitan algo o cómo están?. Muchas veces me he encontrado que he llegado a algún servicio y mientras estaban haciendo la medicación o haciendo otra cosa alguno estaba llorando y no puedo seguir, tengo que detenerme y escucharlo, por ejemplo hace poco un compañero me dice que había dejado a su mamá muy mal de salud, que se estaba muriendo y que había pedido el día y que no se lo habían dado porque a un compañero no le iba a gustar que se fuera y le iba a ser problema, entonces fui a hablar con su compañero y trate de ponerlo en el lugar que estaba viviendo el otro compañero y lo entendió así que se fue y le dije que disfrute un poco con su madre que tal vez mañana no iba a estar y yo me quede en su lugar.

Entonces cuando paso todos los días por el servicio y pregunto si necesitan algo es un papel de cambio, es firmar una licencia, es hablar, es ayudar con tratamiento, es ayudar a higienizar, esa es la ayuda, como supervisor estoy muy lejos de lo administrativo que serían mis tareas, el estar con mis compañeros es a lo que yo me aboco y es lo que voy a seguir haciendo.

Cuando mis compañeros o los pacientes me preguntan qué hacer con tal o cual cosa que les está pasando y tienen que tomar alguna decisión siempre les digo que hagan lo que su corazón les diga hacer, mi corazón me dice que estoy vivo para hacer algo por los demás y eso hago.

Para entender el corazón y la mente de alguien o del otro como lo quieren llamar, nunca hay que mirar en lo que ha hecho o en lo que ha logrado, sino en lo que aspira a hacer.

A veces tenemos que esperar a llegar hasta el límite de nuestras vidas para comprender a otra persona, comprender es muy complejo, porque no hacer el ejercicio de entender al otro que es más fácil y para eso hay que sacarnos todos los prejuicios que forman parte de nuestro ser, hablamos de cosas que ni siquiera conocemos, haciendo el bien tenemos vida eterna.

El universo es infinito, si tal o cual persona dice que será, así va hacer. Porque no pensamos en el hoy, en lo que estamos viviendo y en los proyectos que tenemos para seguir haciendo mientras sigamos vivos, los estudiados como decían nuestros viejos, tampoco tenían las respuestas, las respuestas son como la vida, individuales, tomos somos mortales, es lo único que seguro tenemos cada uno de nosotros, nadie nos puede decir que en un lapso de tiempo justo dejaremos de existir, como nadie nos podrá decir que siente nuestro corazón para existir en un momento determinado. Nunca hay que olvidarse de dónde venimos, nunca hay que perder la esencia.”

Finalización entrevista:

Don Rubén, estamos felices de la vida de haber compartido esta entrevista con usted, haber escuchado su vida personal y profesional desde sus comienzos que va a quedar grabado para siempre en nuestras vidas por ser un referente para la Enfermería, Gracias.

## Biografía

Nombre: RUBÉN DARIO SORIA

Fecha de nacimiento: 09/04/1965

Lugares de trabajo: Hospital Regional Gral. San Martín, Sistema de Emergencias ASISTIR, IESVU (Instituto de Educación Superior Valle de Uco), Docente (4 años), Ayudante en Trabajos Prácticos rotando con los alumnos por el Hospital Central, Lagomaggiore, Notti, en la actualidad Docente en Instituto de la Sanidad.

Pasantías de Posgrado: Hospital Hudaondo, Hospital de Clínicas, Hospital Garrahan Bs As.

Disertaciones: Instituto Nacional del Cáncer Bs As, Capacitación a Capacitadores, Abordaje y Educación a Familiares de Pacientes en Cuidados Paliativos (2015), Segundas Jornadas en Oncología Pediátrica, Detección Temprana y Cuidados Paliativos, Abordaje de Enfermería y Control del Dolor en Pediatría Oncológica, Presentación de Trabajo de Investigación en las 6tas Jornadas Anuales Intrahospitalarias Hospital Perrupato, OSEP Valle de Uco y San Rafael, Manejo de la Vía Cutánea, Escalera del Dolor disertado en Hospital Central y Santa Rosa, Disertante en las Primeras Jornadas Lavallinas de Cuidados Paliativos y Enfoque del Dolor Crónico, Residencia de Medicina de Familia Hospital Sicoli Lavalle, Capacitador en PHATLS (se mencionan por el entrevistado, las principales disertaciones).

Reconocimientos: Primer premio en Educación a Familiares del Paciente en Cuidados Paliativos, Fundación Ángeles, Por la Vida del Niño con Cáncer y Cuidados Paliativos, San Luis, Municipalidad de Gral. San Martín Mendoza, Concejo Deliberante por Solidaridad a la Comunidad, en el Día del Enfermero distinción por La Honorable Legislatura de la Provincia de Mendoza por su destacada Trayectoria y Vocación de Servicio en Favor de la Comunidad.

## Consentimiento informado



Mendoza, 07 de Septiembre de 2018.

Siendo el día 07 de Septiembre de 2018, habiendo escuchado por parte los estudiantes Jonathan Carrillo, Lorena Farías y Gonzalo Zalazar, las explicaciones necesarias sobre el tema a trabajar con ellos, en una **entrevista**, **ACEPTO** ser parte de este estudio de Investigación Curricular llamado: Producción Tesina 2018: "Sentimientos y vivencias con la muerte según la experiencia y trayectoria del Licenciado en Enfermería Rubén Darío Soria" perteneciente al Ciclo de Licenciatura de Enfermería, Escuela de Enfermería, FCM, UNCuyo.

Lic. RUBEN D. SORIA  
Lic. en Enfermería - Mat. A831  
Jefe de Servicio  
Servicio Depto. de Enfermería  
Hospital A. Parrupato

Firma

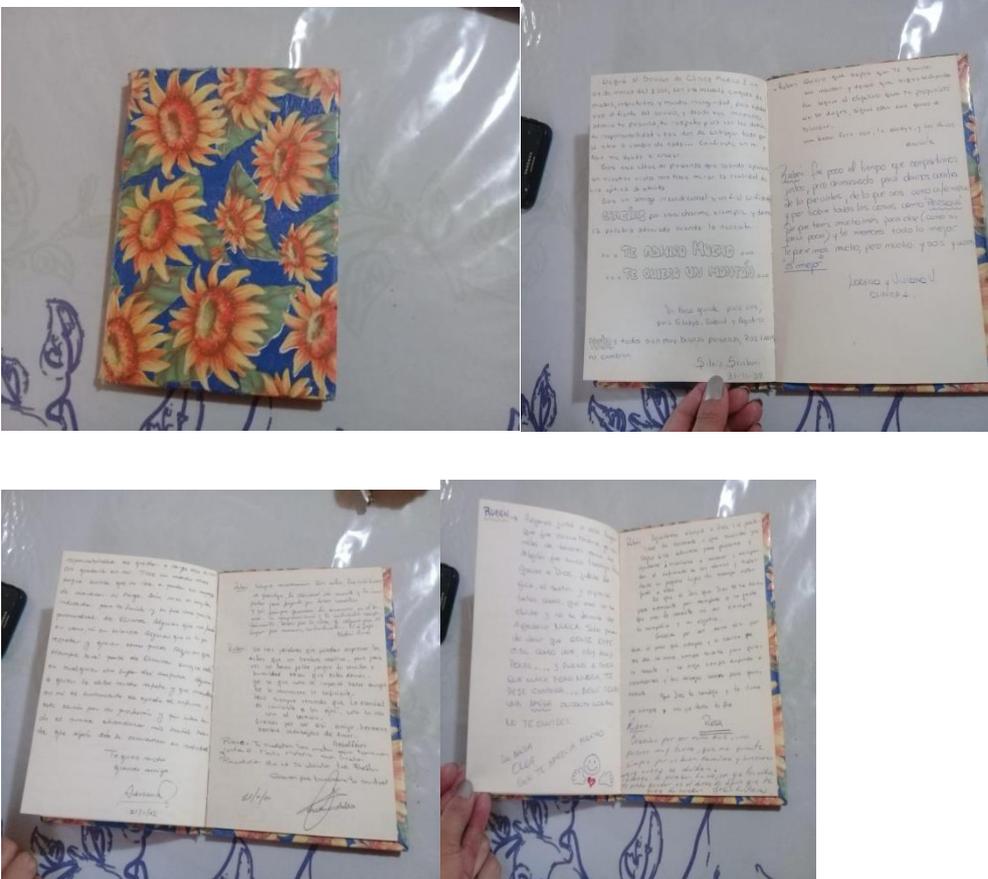
Lic. en Enfermería Soria Rubén Darío.

## Fotos

Día de la entrevista:



Recuerdos de su paso por Clínica Médica



## Primer viaje de Cuidados Paliativos, para muchos el último

