

Experiencias y afrontamiento de la Enfermera Oncológica frente al paciente en recidiva

Experiences and take charge of the oncological nurse to the patient in recidiva

Experiências e controvérsia da enfermeira oncológica ao paciente em recidiva

Resumen: De igual importancia como es el cuidado de la enfermera en el entorno clínico de la enfermedad lo es el abordaje de cuidar de las necesidades emocionales de los pacientes, esta realidad a la que debe hacer frente la enfermera evidencia lo difícil de la situación en el manejo del paciente oncológico en recidiva.

Objetivo: Interpretar las experiencias y los modos de afrontamiento de las enfermeras oncológicas frente al paciente en recidiva. Para la realización de este estudio se utilizó un diseño de investigación cualitativa de tipo fenomenológico, una entrevista dialógica a 17 enfermeros del servicio de Onco hematología.

Resultados: Después de analizar las entrevistas, se identificaron dos temas principales: Emociones y Actitudes, con categorías, entre ellas: Impotencia, Frustración, Ira, Angustia, Tristeza, Compasión y Lástima Represión- Silencio, Aceptación-Escucha activa, Humor, Negación e Indiferencia.

Conclusión: Al finalizar el análisis de todos los hallazgos se puede concluir que: las Emociones y Sentimientos de las Enfermeras ante la realidad de cuidar un paciente en recidiva fueron: Impotencia y Frustración - Ira e Insatisfacción - Angustia y Tristeza - Lastima y Compasión. Las Actitudes y Modos de Afrontamientos identificados en las mayorías de las profesionales son: Represión y Silencio, Aceptación - Escucha y humor y Negación e Indiferencia. Palabras Clave: oncología, sentimientos, emociones, actitudes, experiencias, enfermería.

Abstract: Equally important is the care of the nurse in the clinical environment of the disease is the approach of taking care of the emotional needs of patients, this reality a the one that the nurse must face reveals the difficult situation in the management of the patient oncology in relapse.

Objective: To interpret the experiences and coping methods of oncological nurses with respect to relapsing patients.

Methodology: to carry out this study we used a qualitative research design of phenomenological type in which a colloquial or dialogical interview was used to 17 nurses from the Onco hematology service.

Results: After analyzing the interviews, two main themes were identified: emotions and attitudes each with categories, among them: impotence, frustration, anger, anguish, sadness, compassion and hurts, repression-silence, active acceptance-Listening, Humor, Negation and indifference.

Conclusion: At the end of the analysis of all the findings, it can be concluded that: the emotions and feelings of the nurses, before the reality of taking care of a patient in relapse were: impotence and frustration - anger and dissatisfaction - anguish and sadness - hurt and compassion. Attitudes and modes of confrontations identified in the majorities of profession are: repression and

Autores

Cazón Adriana¹

Salas Eleuteria²

Tognareli Ivana³

¹ Lic en Enfermería. Supervisora del servicio de Oncohematología. S Allende. Córdoba.

² Enf. Profesional, cuidado directo servicio de Oncohematología y Aislamiento. S Allende. Córdoba.

³ Lic en Enfermería. Enfermera de cuidado directo, servicio de Oncohematología. S Allende. Córdoba.

silence, acceptance - listening and humor and negation and indifference

Keywords: oncology, feelings, emotions, attitudes, experiences, nursing.

Resumo: Igualmente importante é o cuidado do enfermeiro no ambiente clínico da doença ser a abordagem de cuidar das necessidades emocionais dos pacientes, essa realidade a que o enfermeiro deve enfrentar revela a difícil situação no manejo do paciente. oncologia na recaída. Objetivo: Interpretar as experiências e modos de enfrentamento dos enfermeiros oncológicos em relação aos pacientes recidivantes. Metodologia: para realizar este estudo utilizou-se um delineamento de pesquisa qualitativa do tipo fenomenológico em que foi utilizada uma entrevista coloquial ou dialógica para 17 enfermeiros do serviço de hematologia Onco. Resultados: Após a análise das entrevistas, foram identificados dois temas principais: emoções e atitudes cada uma com categorias, entre elas: impotência, frustração, raiva, angústia, tristeza, compaixão e mágoa, repressão-silêncio, aceitação ativa-Escuta, Humor, Negação e Conclusão: Ao final da análise de todos os achados, pode-se concluir que: as emoções e sentimentos das enfermeiras diante da realidade de cuidar de um paciente em recaída foram: impotência e frustração - raiva e insatisfação - angústia e tristeza - mágoa e compaixão. As atitudes e os modos de confrontos identificados nas maiorias da profissão são: repressão e silêncio, aceitação - escuta e humor e negação e indiferença.

Palavras-chave: oncologia, sentimentos, emoções, atitudes, experiências, enfermagem.

Introducción

El cáncer altera las funciones personales a todos los niveles: laboral, familiar, económico, social dando lugar a que se produzcan conflictos múltiples que necesitan ser resueltos.

Detrás de las enfermedades están los seres humanos, los seres humanos que sufren tanto el problema con el que se encuentran como el aislamiento a que son expuestos. La incertidumbre, el miedo y la ausencia de expresión de sentimientos hacen que los pacientes y sus familias estén ansiosos y sometidos a gran estrés.

La profesión de enfermería asume un papel central en el cuidado del paciente con cáncer. Las enfermeras no solo brindan cuidados físicos, también juegan un papel relevante en la provisión de apoyo emocional a pacientes y familiares en las diferentes etapas de la enfermedad.

Las enfermeras están en una posición única para influir tanto en el bienestar fisiológico como psicológico de sus pacientes, ayudando a los sobrevivientes a hacer frente a la inmensidad de su experiencia y el impacto que la enfermedad causó en sus vidas. La evidencia refleja las aptitudes sobre como las enfermeras pueden proporcionar orientación, información y apoyo a los

pacientes y familiares que se enfrentan al cáncer, siendo uno de los objetivos principales, confortar y animar al individuo, manteniendo una escucha activa y una relación de proximidad con él y su familia.

Los largos tratamientos y frecuentes internaciones producen que el paciente se encuentre ansioso, depresivo y con sentimientos de soledad por la constante separación de la familia y/o por sus cambios físicos e inmunitarios, entre otros.

La enfermera es quien se involucra totalmente en su cuidado, es el profesional que maneja gran cantidad de información, ya que comparte las 24 horas del día los 365 días del año. Ella está al tanto de su estado tanto físico como psicológico, lo que le permite crear planes de atención para cada paciente con el fin de lograr los objetivos predeterminados para brindar seguridad y calidad de atención².

Es importante mencionar que hay escasa evidencia sobre las experiencias de los pacientes en el periodo de recidiva, si bien si existen investigaciones sobre cuidados paliativos en el paciente oncológico donde se manifiestan niveles altos de estrés por la tarea que desempeña.

El término actitud designa un estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones". Algunas de las principales apreciaciones y definiciones dadas al concepto de actitud han sido variadas y distintas, una selección de las más destacadas podría ser: Thurstone (1928) es la suma de las inclinaciones, sentimientos, prejuicios, sesgos, ideas preconcebidas, miedos, amenazas y convicciones acerca de un determinado asunto. Sherif y Cantril (1945) es un estado funcional de disposición. L. Doob (1947) es una respuesta implícita, capaz de producir tensión, considerada socialmente significativa en el entorno social del individuo. Krech y Krutchfield (1948) es un sistema estable de evaluaciones positivas o negativas, sentimientos, emociones y tendencias de acción favorable o desfavorable respecto a objetos sociales. Según Thomas y Znaniecki (1918) el término actitud tiene el objeto de explicar las diferencias conductuales que existen entre personas individuales³. La emoción puede ser definida como un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que puede ser fuerte. Son reacciones afectivas, más o menos espontáneas, ante eventos significativos. Implica una evaluación de la situación para disponerse a la acción. La duración de una emoción puede ser de algunos segundos a varias horas. Richard. S. Lazarus, (1991), sugiere la teoría de incluir sentimiento en el marco de las emociones, ya que éstas se conciben en sentido muy amplio. Es decir, Lazarus considera sentimiento y emoción como conceptos interrelacionados, en el cual el concepto emoción englobaría al sentimiento.⁴

El **objetivo** general fue interpretar las emociones, actitudes y modos de afrontamiento de las enfermeras oncológicas frente

al paciente en recidiva. Los objetivos específicos: Explorar las distintas respuestas emocionales que más afectan al personal de enfermería profesional frente al paciente con recidiva. Reconocer mecanismos de defensa que son utilizados por el personal de enfermería frente a este tipo de pacientes.

Material y método

Para la realización de este estudio se utilizó un diseño cualitativo de tipo fenomenológico, que se funda en la filosofía desarrollada por Edmund Husserl, donde se enfatiza en un “regreso a la intuición reflexiva para describir y clarificar la experiencia tal como se vive y se construye desde la conciencia de la persona que porta el fenómeno en estudio”⁵. Se realizó una entrevista coloquial o dialógica, a través de una pregunta para que los entrevistados puedan lograr la mayor profundidad de lo vivido y devengan las respuestas.

Contexto de desarrollo: Se llevó a cabo en el servicio de onco-hematología de una institución de salud privada de la ciudad de Córdoba. Se realizaron diecisiete (17) entrevistas en profundidad a las enfermeras/os que se desempeñan en dicho Servicio en los tres turnos y de ambos sexos, quienes aceptaron ser parte del estudio. Las entrevistas fueron realizadas en un espacio tranquilo y acordado, con una duración aprox. de 20 a 30 minutos, las cuales fueron registradas en forma grabada y manuscrita. Algunas observaciones que se pudieron significar, fueron que algunos entrevistados se sorprendieron ante la pregunta, su primera reacción fue el silencio, otros contestaron espontánea y rápidamente. En cuanto a las posturas físicas la mayoría estaban sentados y otros en movimiento. También hubo entrevistados que evitaron contestar. Los colegas expresaron sus sentimientos realizando manifestaciones emocionales de desahogo que fueron más allá de las preguntas, pero no se interrumpió ya que tenían la necesidad de hablar o ser escuchado sin esperar respuestas. En el desarrollo, el entrevistador siempre realizó una introducción a la investigación destacando la importancia del tema y efectuaba la misma pregunta inicial que daba lugar a que el participante inicie el relato. En ocasiones, se realizaron otros interrogantes a los efectos de direccionar o profundizar las narrativas. Luego se realizaron dos preguntas para abordar la dimensión del Afrontamiento. Por lo que la recolección de datos ocurrió a través de una guía de entrevista semiestructurada, que contenía las siguientes preguntas: *¿Cuáles fueron tus vivencias y emociones frente a un paciente que se interna en recidiva?*

¿Podrías expresar si identificas algún mecanismo de defensa o alguna estrategia que pones en práctica con estos pacientes? ¿En qué casos tus vivencias y emociones son más importantes, quizás más duras? ¿O tal vez siempre es igual?

La muestra se saturó en 15 entrevistados y se realizaron 2 entrevistas más, como soporte de los hallazgos obtenidos.

Análisis de los datos: Una vez grabadas todas las entrevistas, se

realizó su transcripción y un Análisis Textual-Discursivo (ATD)⁶, un tipo de análisis que figura entre el análisis de contenido y análisis del discurso. El proceso empezó con la creación de unidades de datos, por medio de la fragmentación de las entrevistas en unidades de significado, lo que permitió asignar voces a los datos, para comprender mejor el texto⁷. Se reunieron las unidades de significado por semejanza y aproximación, generando así las siguientes categorías de análisis, que son presentadas a continuación por cada pregunta de investigación realizada. El análisis cualitativo realizado permitió la obtención de categorías, que develaron las actitudes de las enfermeras frente al paciente en recidiva.

Resultados

Al analizar los resultados de las narrativas de las enfermeras, referidas a las emociones vivenciadas frente a la pregunta. ¿Cuáles fueron tus vivencias y emociones frente a un paciente que se interna en recidiva? se pudieron organizar cuatro agrupaciones temáticas: Impotencia y Frustración - Ira e Insatisfacción - Angustia y Tristeza - Lastima y Compasión.

Primera Categoría temática: IMPOTENCIA Y FRUSTRACIÓN

Definición conceptual de la categoría.

Impotencia: A North American Nursing Diagnosis (NANDA) reconoció el sentimiento de impotencia -en el original impotencia- como una respuesta relevante para la enfermería y se incluye en su clasificación en 1982 como "la percepción de que una acción propia no afectaría significativamente un resultado; la falta de percepción de control sobre una situación o un acontecimiento inmediato" ⁸

Frustración: es el estado o respuesta del organismo que se desencadena cuando un sujeto experimenta una devaluación sorpresiva en la calidad o cantidad de un reforzador apetitivo, en presencia de señales previamente asociadas a un reforzador de mayor magnitud. Este concepto también incluye a situaciones de demora o impedimento de llegar a reforzadores apetitivos. Las enfermeras viven de manera diaria, el proceso en fase terminal de sus pacientes, por ello buscan brindar un cuidado humanizado. Según Moreira explica que el hecho de sentirse frustrado en la obtención de resultados positivos del cuidado referente al mantenimiento de la vida y el bienestar del paciente terminal, moviliza sentimientos negativos de auto-desvalorización y de impotencia. ⁹

Narrativas que justifican la categoría: Impotencia y Frustración.

"...por no poder hacer nada para ayudarlo..." Enfermera 1

"...por todo lo que luchan y por nada..." Enfermera 2

"...todo lo que hago es en vano..." Enfermera 4

Segunda Categoría temática: IRA E INSATISFACCIÓN.

Definición conceptual de la categoría:

La *Ira* o *el enojo* pueden traer dificultades en las relaciones y vínculos familiares, laborales, etc.-. Esto funciona como motivador para implementar mecanismos que regulen la intensidad de dichas emociones, así como el intento de modificar la emoción. Así también, parecería haber un mayor registro meta cognitivo en el momento en el que estas emociones negativas alcanzan una intensidad tal que puede afectar tanto a la persona que experimenta la emoción como a sus relaciones.¹⁰

La *insatisfacción* laboral podría definirse como la actitud del trabajador frente a su propio trabajo, dicha actitud está basada en las creencias y valores que el trabajador desarrolla de su propio trabajo. Las actitudes son determinadas conjuntamente por las características actuales del puesto como por las percepciones que tiene el trabajador de lo que "deberían ser".

Maslow, A. H. afirma que la satisfacción de las necesidades da como resultado una actitud positiva de los trabajadores, por lo tanto, se establece que éste es uno de los factores prevalentes relacionados con su motivación.¹¹

Narrativas que justifican la categoría: Ira e Insatisfacción.

"...por lo que vive el paciente..." Enfermera 3

"...Y ahora qué voy hacer..." Enfermera 7

"...qué difícil es creer en el tratamiento del cáncer..." Enfermera 10

"...estoy como enojada, de mal humor..." Enfermera 8

Tercera categoría temática: ANGUSTIA Y TRISTEZA.

Definición conceptual de la categoría.

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 ayuda a que el individuo se exprese comunicando sucesos como pérdidas o decepciones, favoreciendo la reflexión y el autoconocimiento, y porque induce al desahogo.¹²

La tristeza opera en el individuo llevándole a un "mal-estar" ocasionado por algún evento previo, como ser la pérdida de cualquier tipo- de una cosa, de una situación, de un estado de una persona, una pérdida física¹³.

Angustia: es la emoción más universalmente experimentada por el ser humano, tiene un efecto de inmovilización y conduce al sobrecogimiento en innumerables ocasiones; se define como una emoción compleja, difusa y desagradable que conlleva serias repercusiones psíquicas y orgánicas en el sujeto; la angustia es visceral, obstructiva y aparece cuando un individuo se siente amenazado por algo.

La angustia puede ser adaptativa o no, dependiendo de la magnitud con la que se presenta y del tipo de respuesta que se emita en ese momento; su patología versa en la proporción, intensidad y duración de las anomalías. La angustia normal no implica una reducción de la libertad del ser humano¹⁴.

Narrativa que justifican la categoría: Angustia y Tristeza.

“...es muy triste para el paciente y para toda la familia...” Enfermera 11

“...A veces de la angustia lo cuento en mi casa...” Enfermera 5

“... Por qué a ellos.. por que....” Enfermera 6

Cuarta categoría temática: COMPASIÓN, LÁSTIMA - PESAR

Definición conceptual de la categoría.

Compasión: Nussbaum subraya que la compasión es una emoción que ha sido considerada positivamente por la reflexión filosófica como “un buen fundamento para las acciones adecuadas”¹⁵.

Para Aristóteles, la compasión es una emoción dolorosa provocada por la percepción del infortunio de otra persona bajo ciertas condiciones. El dolor sería una consecuencia necesaria de algún tipo de creencias que el espectador se forma sobre la situación de alguien.¹⁶

Lástima – Pesar: Es un movimiento del alma, un sentimiento que nos produce pesar tras contemplar o percibir situaciones desfavorables, desgracias, malestar o sufrimiento, en uno mismo o en otras personas, seres, acontecimientos o circunstancias. La lástima es pasiva, puesto que no nos mueve a buscar soluciones, no es operativa, se la puede observar bajo una doble vertiente de lados totalmente contradictorias. Por una parte, estaría influenciada por movimientos de bondad, acercamiento, e incluso un cierto grado de piedad y por el otro, sería movida a través de una soberbia encubierta que, sin intención de dañar, nos hace mirar al afectado desde un plano de superioridad, descalificando y rebajando, con ello, al sujeto que nos la provoca.. Sentir lástima, es una buena forma de acallar sentimientos¹⁷.

Narrativas que justifican la categoría: Compasión y Lástima - Pesar

“...Siento lastima y tristeza por el paciente...” Enfermera 9

“...Siento pesadumbre por la mala evolución de la enfermedad...”

Enfermera 12

Al analizar los resultados de las narrativas de las enfermeras, referidas a las actitudes frente a la pregunta. ¿Podrías expresar si identificas algún mecanismo de defensa o alguna estrategia que pones en práctica con estos pacientes?

Se pudieron organizar en tres agrupaciones temáticas: Represión y Silencio, Aceptación Escucha y humor y Negación e Indiferencia.

Primera categoría temática: REPRESIÓN Y SILENCIO

Definición conceptual de la categoría.

Represión: Es un estilo de afrontamiento que influye en la elección de determinadas estrategias, caracterizadas por no molestar a los demás y no implicar a otras personas, las que se deriven de este estilo de afrontamiento cooperativo, que evita conflictos, suprime emociones y usa la represión como mecanismo de afrontamiento¹⁸.

Silencio: Tanto el silencio como la quietud forman parte de la comunicación. Ni el silencio está vacío ni las llamadas pautas

vacías. Ambos siempre están llenos de para lenguaje, de Kinesia o por ambos. Mediante el silencio podemos escuchar sonidos insignificantes, como una respiración fatigosa, un suspiro, un sollozo, etc. El silencio profesional que debe ofrecerse ha de ayudar al paciente apoyando sus propios silencios y no terminándolos prematuramente sobre todo cuando se trata de una confesión difícil. Tanto si el paciente nos habla como si está en silencio debemos asegurarnos de observarle detenidamente. Sus mensajes no verbales pueden darnos la clave de lo que realmente está diciendo u omitiendo, es decir, de lo que realmente necesita de nosotros, aun cuando él ni siquiera lo sepa de forma consciente ¹⁹.

Narrativas que justifican la categoría: Represión y Silencio

“...hasta acá llego, no permito llegar a entablar una relación más profunda con el paciente...” Enfermera 13

“...hago silencio cuando estoy con el paciente para que no me haga daño...” Enfermera 2

“...no hablo y hago las cosas rápido y me voy...” Enfermera 5

“... hago silencio y después hablo con algunos colegas...” Enfermera 14

Segunda Categoría: ACEPTACIÓN, ESCUCHA Y HUMOR

Definición conceptual de la categoría.

Aceptación: Para Rogers, la relación de ayuda requiere unas actitudes para que se establezca: empatía, autenticidad y la aceptación incondicional, dice que es la primera para poder establecer una relación de ayuda, esta consiste en: “...la acogida calurosa del enfermo con sensibilidad humana y con visión positiva del mismo. La aceptación incondicional supone un estar a favor del enfermo por encima de todo, estar por él, por su persona, más allá de sus compromisos...” Sin esta acogida incondicional, el hombre no se comunicará, no confiará en el ayudante para sacar afuera lo más profundo de su ser ²⁰.

Escucha: la escucha activa implica un compromiso con el paciente, una disponibilidad frente a la experiencia inmediata vivida por él, una disponibilidad para la sorpresa y una habilidad para escuchar al paciente sin interpretarlo todo desde las propias experiencias. En la escucha activa el profesional permite que los pacientes se expresen a su propio ritmo y como deseen, permite que callen, sin ejercer presión y sin evaluar su silencio. La escucha activa es también un acto de reconocimiento, una identificación del otro, que va más allá de los lazos establecidos en los cuidados que se dan al paciente ²¹.

Humor: El humor se ha relacionado con otras emociones y actitudes que inciden positivamente en el bienestar de las personas como es la alegría, el optimismo, la amabilidad, la simpatía o la risa. En ocasiones se confunde el humor con la risa, concibiéndolos como un mismo fenómeno; cuando en realidad se tratan de fenómenos diferentes: el humor es un estímulo con efectos cognitivos que puede ocurrir sin risa; y la risa es una respuesta fisiológica al humor o a cualquier otro. La Organización Mundial de la Salud (OMS) apoya la utilización de estas terapias siempre y cuando

no ocasionen daños en el paciente y además, sean validadas científicamente. El humor, como toda intervención, requiere de una valoración, planificación y evaluación continua que debe estar integrado dentro de los planes de cuidados, por lo tanto, no debe considerarse como una intervención aislada. De hecho, se tiene que adaptar siempre a las necesidades y características de cada paciente, uso del humor como intervención²².

Narrativas que justifican la categoría: Aceptación, Escucha y humor

“...Dios lo quiere así y tengo que darle lo mejor que se pueda al paciente...”
Enfermera 15

“...ya está las cosas se dieron así, uso el humor para cortar el dolor del paciente...” Enfermera 1

“...respiro profundo y doy lo mejor de mí para que tenga una calidad de vida lo más óptima posible...” Enfermera 7

“...yo sé y acepto que se puede morir, pero saco de mi mente esa palabra para poder cuidarlo...” Enfermera 10

“...el problema existe, pero busco la forma para entablar una relación nuevamente...” Enfermera 11

“...busco algo para aliviar el dolor del paciente, ya sea utilizando el humor, chiste y a veces puedo dar un abrazo...” Enfermera 6

Tercera categoría: NEGACIÓN E INDIFERENCIA.

Definición conceptual de la categoría.

Negación: Mecanismo de defensa que consiste en llegar a enfrentar los conflictos negando su existencia o su relación con el individuo y aquello que se llega a rechazar vienen a ser aspectos que se pueden considerar desagradables. El sujeto llega a enfrentarse a conflictos emocionales y amenazas de origen externos o internos²³.

Indiferencia: Desde una lectura psicoanalítica, se propone entender la indiferencia como postura frente al otro, para plantear el recurso a la letra como precipitado y como una creación singular que le posibilita al sujeto una forma de hacer lazo desde una lógica de apertura y reconocimiento de la alteridad, de la diferencia. Localizar la causa de la indiferencia en la tensión entre el otro y el goce permite abordar las modalidades de participación y la sensibilización al sufrimiento del otro como efectos de la inserción en el lazo social, en las lógicas que rigen su ordenamiento y la inscripción posible de la diferencia radical del sujeto. xxiv

Narrativa que justifican la categoría: Negación e Indiferencia.

“...intento evitar atenderlo ya que tengo muchos sentimientos con algunos pacientes...” Enfermera 8

“...ya está, se va a morir, yo no puedo hacer más nada...” Enfermera 4

El análisis de los resultados de la tercera pregunta *¿En qué casos tu vivencia y emociones son más importantes, quizás más duras? ¿O tal vez siempre es igual?*

La enfermera tiene un papel fundamental en la atención del cáncer infantil, actuando de eslabón intermedio entre el niño y su familia y los restantes profesionales del equipo. Al enfrentar la muerte de un paciente, en especial si es un niño, genera en

las enfermeras un proceso dinámico y continuo de múltiples vivencias entre lo profesional, a través de su cuidado, y lo personal, en la manera como encaran la muerte. A su vez Papadatou, Martinson y Chung destacan que existen diferencias que pueden estar mediadas por los aspectos culturales, la edad, los años de experiencia y el ambiente donde se desenvuelven. Otras investigaciones demostraron que las enfermeras oncológicas pediátricas usan como estrategia de afrontamiento el encontrar un significado a la muerte de los pacientes, disminuyendo así su estrés, permitiéndoles experimentar una transformación en la percepción de cómo entregan sus cuidados a lo largo de su vida laboral ²⁵.

Narrativa que justifica este contexto:

Las enfermeras respondieron en su mayoría, que lo más duro: "...es estar frente a un niño."

Conclusión

Al finalizar el análisis de todos los hallazgos se puede concluir que: las Emociones y Sentimientos de las enfermeras del Servicio de Onco – Hematología, ante la realidad de cuidar un paciente en recidiva fueron: impotencia y frustración - ira e insatisfacción – angustia y tristeza - lastima y compasión.

Por su lado, las Actitudes y los Modos de Afrontamientos identificados en las mayorías de las enfermeras fueron: represión y silencio, aceptación - escucha y humor y negación e indiferencia.

Bibliografía

1. Ferrell BR, Virani R, Smith S. *The Role of oncology nursing to ensure quality care for cancer survivors: A report commissioned by the National Cancer Policy Board and Institute of Medicine.* *Oncol Nurs Forum.* 2003;30: E1-1.
2. Acosta L, Maldonado M, Cazón A. *Rol de la Enfermería en Oncología.* *Notas de Enfermería.* Año 13 – N° 22 2013 ISSN 1668-8821.
3. José P. Velazquez. "Sentimientos y actitudes frente al sufrimiento y muerte del niño en los enfermeros." *Departamento de Guaymallen. Provincia de Mendoza año 2011. Escuela de Enfermería - FCM - Universidad Nacional de Córdoba.*
4. Sílvia Regina Secoli, María Concepción Pezo Silva, Marli Alves Rolim, Ana Lúcia Machado. *El cuidado de la persona con cáncer - Un abordaje psicosocial.* *Index de Enfermeríaaversión.*
5. Paula Vega-Vega, Rina González-Rodríguez. *Develando el significado del proceso de duelo en enfermeras(os) pediátricas(os) que se enfrentan a la muerte de un paciente a causa del cáncer.* *Revealing the Meaning of the Mourning Process of Pediatric Nurses Facing the Death of Cancer Patients.* Aceptado: 2 de febrero de 2013. <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2400/3058>.
6. Galiazzi MC, Moraes R. *Análise Textual Discursiva.* Ijuí: Editora Unijuí; 2011.
7. Barlem EL, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski-Barlem JG, Silveira RS. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 21(1): ene.-feb. 2013 www.eerp.usp.br/rlae.
8. Giffoni Braga, Cristiane; de Almeida Lopes Monteiro da Cruz, Diná *Sentimento de impotência: diferenciação de outros diagnósticos e conceitos* *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, vol. 39, núm. 3, 2005, pp. 350-357 *Universidad de São Paulo São Paulo, Brasil.*
9. Oblitas CP, Pérez SE, Gonzales DB. *Actitudes de las enfermeras en el cuidado al paciente con cáncer en etapa terminal atendido en un hospital de Chiclayo.* *Rev. Salud & Vida Sipanense* Vol. 2/N°2. ISSN 2313-0369 /2015.
10. Polizzi, L., Pavón, M. & Faedda, L. (2013, agosto). *Disimulación Emocional.* *Revista Temática Kairós Gerontología*, 16(4). "Las emociones a través del curso vital y Vejez",

- pp.119-142. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil.
11. Fernando Gonzalez Lara, Irma Patricia Muñoz Medina. *Causas De Insatisfacción Profesional En El Personal De Enfermería De Jornada Acumulada Del Hospital General De Calvillo Aguascalientes. Maestría En Administración De Hospitales Y Servicios De Salud.* 2012.
 12. Bethzabet García-Solís1 Edith Araujo-Navaz Victoria García-Ferrer3 María de Lourdes García-Hernández. SENTIMIENTOS QUE MANIFIESTAN LAS ENFERMERAS ANTE LA MUERTE DE SU PACIENTE. Fecha de recepción: 01/12/14 Fecha de aceptación: 08/12/14.
 13. Guillermina Cruz Perez. Facultad De Estudio Superior Izatacala " De La Tristeza A La Depresion. Revista Electronica De Psicología Iztacala 15, (4) 2012 Pag 1314 Al 1318.
 14. Juan Carlos Sierra, Virgilio Ortega Y Ihab Zubeidat. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar Revista Mal-Estar E Subjetividade / Fortaleza / V. Iii / N. 1 / P. 10 - 59 / Mar. 200.
 15. Nusbbaum, M. C. Paisajes del pensamiento. La inteligencia de las emociones, traducido por A. Maira, Paidós Ibérica, Madrid, [2001] 2008.
 16. Lacunza, María Celina (2011) *Compasión y ciudadanía : Un debate normativo en torno al pensamiento de M. Nussbaum (En línea)*. Trabajo presentado en VIII Jornadas de Investigación en Filosofía, 27 al 29 de abril de 2011, La Plata, Argentina. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.1295/ev.1295.pdf.
 17. www.eldespertar.info/Filosofia/sentirlastima.pdf
 18. M^a José Rodríguez Parra, Rosa M^a Esteve Zarazaga y Alicia E. López Martínez. Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. *Psicothema* ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG 2000. Vol. 12, n^o 3, pp. 339-345.
 19. Jorcano Lorén, Pilar. *La comunicación no verbal: un reto en los cuidados enfermeros de calidad*. Biblioteca Las casas, 2005; 1. Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0017.php>.
 20. Aarón Muñoz Devesa, Isabel Morales Moreno, José Carlos Bermejo Higuera y José María Galán González Serna. *La Relación de ayuda en Enfermería*. *Index Enferm* vol.23 no.4 Granada oct./dic. 2014.
 21. Luis Civanal Juan, Maria del Carmen Arce. *La Relación Enfermera – Paciente*. Colección Salud/ Enfermería. Editorial Universidad de Antioquia. ISBN 978-958- 714-270-9.
 22. Miriam Leñero Cirujano. *La aplicación del humor como intervención enfermera en el manejo de una enfermedad oncológica terminal: a propósito de un caso*. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos de Fin de Grado*. 6 (3): 328-380, 2014 ISSN: 1989-5305.
 23. Darwin Freddy Choquerive Justiniano (216069191). *Mecanismo De Defensa (Personalidad)*. 3 julio, 2016 Sin categoría <https://psi121f.wordpress.com/2016/07/03/mecanismo-de-defensa-personalidad/>.
 24. Andrea Mojica Mojica. *Indiferencia y lazo social. Cuando la letra hace borde*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. DOI: 10.15446/djf.v14n14.46113.
 25. María Gil Sánchez. *Atención integral y mejora de la calidad de vida en el paciente pediátrico oncológico: Una intervención enfermera en cuidados paliativos*. Lleida, 13 de Mayo de 2016.