



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO SEDE CARABOBO
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES
MENCION SALUD Y SOCIEDAD



**EL VACÍO EXISTENCIAL ANTE LA FINITUD DE LA VIDA
EN FAMILIARES DE PACIENTES CRÍTICOS:
UN ABORDAJE FENOMENOLÓGICO-HERMENÉUTICO**

Autor: Esp. Cesar Franco Sánchez
Tutor: Dr. Tadeo Medina

Valencia, Agosto 2025



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO SEDE CARABOBO
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES
MENCION SALUD Y SOCIEDAD

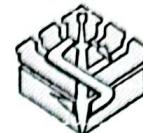


**EL VACÍO EXISTENCIAL ANTE LA FINITUD DE LA VIDA
EN FAMILIARES DE PACIENTES CRÍTICOS:
UN ABORDAJE FENOMENLÓGICO-HERMENÉUTICO**

Autor: Esp. Cesar Franco Sánchez
Tutor: Dr. Tadeo Medina

Tesis de Grado presentada ante la Dirección
de Estudios de Postgrado Facultad de Ciencias
de la Salud Universidad de Carabobo como
requisito para optar al título de **Doctor en**
Ciencias Sociales: Salud y Sociedad

Valencia, Agosto 2025



ACTA DE DISCUSIÓN DE TESIS DOCTORAL

En atención a lo dispuesto en los Artículos 145,147, 148 y 149 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 146 del citado Reglamento, para estudiar la Tesis Doctoral titulada:

EL VACÍO EXISTENCIAL ANTE LA FINITUD DE LA VIDA EN FAMILIARES DE PACIENTES CRÍTICOS: UN ABORDAJE FENOMENOLÓGICO-HERMENÉUTICO

Presentada para optar al grado de **Doctor (a) en Ciencias Sociales.**
Mención Salud y Sociedad por el (la) aspirante:

FRANCO S. CÉSAR W
C.I. - V.- 15.218.807

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Tadeo Medina. C.I. V.- 4.644.132 , decidimos que el mismo está **APROBADO CON MENCIÓN HONORÍFICA.**

Acta que se expide en valencia, en fecha: **06/08/2025**

Dr.(a) Tadeo Medina
C.I. 4644132
Fecha 06-08-25

Dr. (a) Gonzalo Medina
C.I. 4838907
Fecha 6-8-25

Dr. (a) Newton Lameda
C.I. 3786478
Fecha 6-8-2025

Dr. (a) Teresa Mejias
C.I. 8728287
Fecha 6-8-2025

ID: 77-25





UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO - SEDE CARABOBO
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES
MENCION SALUD Y SOCIEDAD



ACTA DE DEFENSA DE TESIS DOCTORAL

En la ciudad de Valencia, a los cuatro (4) días del mes de Agosto del año dos mil veinticinco, a las 10:00 a.m., en el Salón 6 de la Dirección de Postgrado, se constituyó el Jurado integrado por los Doctores: Carlos Villaverde (en calidad de Presidente), Newton Lameda, Gonzalo Medina, y la Dra. Teresa Mejias (en calidad de Miembros del Jurado) designado por el Consejo General de Postgrado, con el propósito de evaluar la Tesis Doctoral titulada “**El vacío existencial antelafinituddelavida en familiares de pacientes críticos: Un abordaje Fenomenológico-Hermeneutico**”, presentado por la ciudadano Cesar Franco, CI. 15.218.807, de conformidad con los Artículos 146 y 147 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo en relación de la Constitución y Defensa de la Tesis, como requisito para optar al Título de Doctor en Ciencias Sociales Mención Salud y Sociedad”. Celebrada la defensa oral y publica del trabajo doctoral, de acuerdo con el Artículo 148 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, el Jurado considera que el estudio reúne méritos por las siguientes razones:

1. Relevancia y rigor científico del estudio:

La investigación se adscribe a la línea aborda una visión onto-epistemológica pertinente con el Constructo Teórico

El abordaje teórico-filosófico es coherente con los fundamentos del programa doctoral y sustenta adecuadamente el proceso de construcción del fenómeno estudiado, el cual emerge de las vivencias de los participantes.

La contextualización está claramente delimitada, justificada y situada dentro de un marco institucional y sociocultural que desde el punto de vista educativo, resalta la necesidad de educar para la vida.

2. Aspectos técnicos y metodológicos del estudio.

El trabajo presenta una estructura coherente que articula con claridad el problema de investigación, los objetivos, el enfoque fenomenológico hermenéutico y los hallazgos. La introducción y el resumen orientan eficazmente al lector, delimitando los propósitos, preguntas orientadoras y la lógica argumental. El marco teórico está sólidamente fundamentado y actualizado. La metodología fenomenológica hermenéutica, fundamentada en la propuesta la cual fue aplicada con rigor analítico, permitiendo el despliegue de significados profundos desde las narrativas de los participantes.

El análisis de contenido es pertinente, sistemático y coherente con los objetivos planteados, generando resultados interpretativos originales, discutidos críticamente con aportes significativos a la disciplina.

3. Conclusiones y aportes de la Tesis Doctoral

Los hallazgos sintetizan con claridad, vinculando los significados emergentes con los pilares teóricos que sustenta la investigación.

El estudio aporta una teoría derivada, proyectando nuevas líneas de investigación e intervención desde una perspectiva ontológica, epistemológica y axiológica.

La bibliografía es pertinente, actualizada y evidencia un manejo solvente de fuentes especializadas.

DECISIÓN DEL JURADO

Por las razones antes expuestas, el Jurado evaluador acuerda, **por unanimidad, aprobar la Tesis Doctoral presentada, y otorgar Mención Honorífica**, en reconocimiento a su excelencia académica, contribución original al campo disciplinar de la enfermería y rigor investigativo.



Dr. Carlos Villaverde
Presidente del Jurado



Dra. Teresa Mejias
Miembro del Jurado



Dr. Gonzalo Medina
Miembro del Jurado



Dr. Newton Iameda
Miembro del Jurado



Dr. Tadeo Medina
Miembro del Jurado

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso, ser supremo de la existencia,
que es motivación día a día para
continuar transitando su Don
construyendo así mi leyenda personal.

A mi Madre por ser siempre inspiradora
y acompañante incondicional en cada meta y logro.

A la Ilustre Universidad de Carabobo y
la Facultad de Ciencias de la Salud,
Alma Mater que me vio crecer profesionalmente.

A mis apreciados profesores y compañeros
del Doctorado de Ciencias Sociales mención Salud y Sociedad,
vivencias inigualables en este andar intelectual.

A las Unidades de Cuidados Intensivos

No solo pasé por ellas. Las habité. Las viví.
como una forma de lucha, de entrega, de esperanza,
donde lo más noble del alma humana se revela ahí
entra la vida y la muerte.

AGRADECIMIENTO

A Dios, mi protector y confidente en cada sueño.

A mi familia, apoyo inigualable que fortalece mi Ser.

A mi Madre, guía de mi vida, principal fuente de amor y sabiduría
que complementa mi alma.

A Silfredo,

ciclo sagrado en mi vida: gestos pequeños, lealtad muda, presencia constante.
Hermano, somos Seres-en-el-mundo y Seres-en-el-tiempo,
sigues a mi lado.

A los Profesores Tadeo Medina y Gerónimo Sosa,
por su acompañamiento, aporte y conocimiento,
en este camino académico y personal.

A todo el personal de la UCI
Por su presencia, por su temple, por ese compromiso
que no siempre recibe reconocimiento,
pero que deja huellas en cada paciente, en cada familia, en cada despedida..

A QUIENES GUARDO EN ESPECIAL GRATITUD

Familiares del paciente en estado crítico...

¡Agradezco la oportunidad de formar parte de su mundo!

Gracias por compartir sus experiencias, preocupaciones y tristezas.

Porque me permitieron vivenciar una realidad existencial profunda
mostrando el significado de amar de manera incondicional.

Inquebrantables y valientes hasta lo más profundo de su Ser.

Por las cosas que podemos lograr cuando nos guía el amor.

Mi respetuosa admiración siempre a ustedes.

Porque ustedes fueron parte de la fuerza que impulsó mi lucha
aun cuando la ciencia agotaba mis posibilidades.

Sin ustedes, nada de esto habría sido posible.

ÍNDICE

Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Síntesis Descriptiva	xi
Descriptive Synthesis	xii
INTRODUCCIÓN	1
MOMENTO I	
VISIÓN FENOMÉNICA	4
Enfermedad y muerte una realidad en la existencia humana	4
Unidades de cuidados intensivos: vivenciar de emociones	7
Intencionalidad del estudio	17
Directriz General	17
Directrices Específicas	17
MOMENTO II	
Unidad de cuidados intensivos	19
¿Qué es una Unidad de Cuidados Intensivos?	19
Deshumanización y humanización en la unidad de cuidados intensivos	22
El Paciente Crítico	23
Vivencias de familiares en una Unidad de Cuidados Intensivo	25
Antropología de la muerte	30
Vacío existencial y sentido de la vida: Viktor Frankl y Max Schele	47
Realidad Espiritual	57
	58

Visión Teórica

Fenomenología de Husserl: Finitud y Trascendencia de la Vida	58
Fenomenología Existencial Merleau-Ponty	63

ESCENARIO III

VISION METÓDICA

Presupuesto Epistemológico de la Metodología en la Investigación	69
Tipo de Investigación	71
Método de la Investigación	72
La Fenomenología Interpretativa como Método	74
Aspectos Ontológicos: Razón y Naturaleza del Ser	76
Fases del Diseño Metodológico	77
Escenario e Informantes Clave	78
Selección de los informantes	80
Proceso de Recolección de la Información y Sistematización de las Vivencias.	81
Procedimiento Metodológico	82
Rigor Científico que sustenta de la investigación	85
Consideraciones éticas de la información	87

ESCENARIO IV

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Relato: Entrevista Nº 1	90
Triangulación Metodológica del Programa Atlas.ti	94
Triangulación Metodológica a través del Test Pil	98

Triangulación Reflexión Fenomenológica	102
Reflexión Concluyente: Lo Hermenéutico	104
Relato: Entrevista Nº 2	107
Triangulación Metodológica del Programa Atlas.ti	113
Triangulación Metodológica a través del Test Pil	118
Triangulación Reflexión Fenomenológica	122
Reflexión Concluyente: Lo Hermenéutico	124
Relato: Entrevista Nº 3	128
Triangulación Metodológica del Programa Atlas.ti	132
Triangulación Metodológica a través del Test Pil	136
Triangulación Reflexión Fenomenológica	139
Reflexión Concluyente: Lo Hermenéutico	141
ESCENARIO V	
DEVELAMIENTO DEL VACÍO EXISTENCIAL ANTE LA FINITUD DE LA VIDA	145
ESCENARIO VI	
CONSTRUCCIÓN TEORÉTICA SOBRE EL SIGNIFICADO DEL VACÍO EXISTENCIAL ANTE LA FINITUD DE LA VIDA	159
Las Unidades de Cuidados Intensivos: Un escenario de incertidumbre existencial	161
La sensación de vacío y las vivencias de los familiares desde las UCIs	162
Dimensiones del Vacío Existencial en familiares de pacientes críticos	164
Reflexión Concluyente	174
REFERENCIAS	176

INDICE DE CUADROS

Entrevista 1

Cuadro No.1. Proceso de Categorización	92
Cuadro No. 2. Sumario de las Categorías y Códigos	95
Cuadro No. 3. Test Sentido de la Vida	98
Cuadro No. 4. Triangulación Reflexión Fenomenológica	102
Cuadro No. 5. Finitud - Vacío Existencial	106

Entrevista 2

Cuadro No. 6. Proceso de Categorización	109
Cuadro No. 7. Sumario de las Categorías Y Códigos.	107
Cuadro No. 8. Test Sentido de la Vida	115
Cuadro No. 9. Triangulación Reflexión Fenomenológica	118
Cuadro No. 10. Finitud - Vacío Existencial	122

Entrevista 3

Cuadro No. 11. Proceso de Categorización	129
Cuadro No. 12. Sumario de las Categorías Y Códigos.	133
Cuadro No. 13. Test Sentido de la Vida	136
Cuadro No. 14. Triangulación Reflexión Fenomenológica	139
Cuadro No. 15. Finitud - Vacío Existencial	143

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura No. 1. Planos de Reflexión Fenomenológica de Fermoso	62
Figura No. 2. Categorización del Programa Atlas.Ti.– segmento A	94
Figura No. 3.Categorización del Programa Atlas.Ti.– Segmento B.	95
Figura No. 4. Visión Esquemática de las Triangulaciones	103
Figura No. 5. Reflexión concluyente red de categorías	107
Figura No. 6. Categorización del Programa Atlas.Ti.– segmento A	114
Figura No. 7. Categorización del Programa Atlas.Ti.– Segmento B.	114
Figura 8. Visión Esquemática de las Triangulaciones	115
Figura 9. Reflexión concluyente red de categorías	124
Figura No. 10. Categorización del Programa Atlas.Ti.– segmento A	128
Figura No. 11.Categorización del Programa Atlas.Ti.– Segmento B	132
Figura No. 12. Visión Esquemática de las Triangulaciones	133
Figura No. 13. Reflexión concluyente red de categorías	144
Figura No. 14. Dimensiones del vacío existencial	174



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO SEDE CARABOBO
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES
MENCION SALUD Y SOCIEDAD



EL VACÍO EXISTENCIAL ANTE LA FINITUD DE LA VIDA EN FAMILIARES DE PACIENTES CRÍTICOS: UN ABORDAJE FENOMENOLÓGICO-HERMENÉUTICO

Autor: Cesar Franco Sánchez

Tutor: Dr. Tadeo Medina

Fecha: Agosto 2025

SÍNTESIS DESCRIPTIVA

La experiencia de los familiares de pacientes críticos revela la complejidad del vacío existencial y su impacto en la vida de las personas. El vacío existencial se manifiesta de diversas formas, desde la inestabilidad emocional y el dolor físico hasta el rechazo a la experiencia y la falta de preparación. La angustia y el vacío se convierten en las expresiones más directas de una profunda crisis existencial. En este contexto el vacío existencial se entiende como una respuesta natural ante la finitud de la vida y la posibilidad de una pérdida irreparable. La confrontación con la muerte cuestiona los fundamentos de la existencia, generando una sensación de desorientación y pérdida de sentido. El vacío se manifiesta como una ausencia de significado, una falta de respuestas a preguntas fundamentales sobre la vida y la muerte. Para este recorrido la presente acción investigativa, estuvo sustentada en el paradigma cualitativo fenomenológico-Hermenéutico. Los informantes clave fueron seleccionados de forma intencional en familiares directos de tres (03) pacientes críticos. El escenario estuvo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI's) de un Centro hospitalario de la ciudad de Valencia-Venezuela. En resumen: Cuando el familiar se enfrenta a la finitud de la vida de su ser amado, se produce en él un gran vacío existencial donde se ha perdido la perspectiva del sentido de la vida en cuanto quién será en el futuro.

Palabras Clave: Paciente Crítico. Finitud de la Vida. Vacío Existencial

Línea de Investigación: Las representaciones sociales, el discurso médico, y los modelos asistenciales.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO SEDE CARABOBO
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES
MENCION SALUD Y SOCIEDAD



**THE EXISTENTIAL VOID IN THE FACE OF THE FINITUDE OF LIFE
IN FAMILIES OF CRITICALLY ILL PATIENTS:
A PHENOMENOLOGICAL-HERMENEUTIC APPROACH**

Author: Cesar Franco Sánchez

Tutor: Dr. Tadeo Medina

Date: August 2025

DESCRIPTIVE SYNTHESIS

The experience of relatives of critically ill patients reveals the complexity of existential emptiness and its impact on people's lives. Existential emptiness manifests itself in various ways, from emotional instability and physical pain to rejection of the experience and lack of preparation. Anguish and emptiness become the most direct expressions of a profound existential crisis. In this context, existential emptiness is understood as a natural response to the finitude of life and the possibility of irreparable loss. The confrontation with death questions the foundations of existence, generating a feeling of disorientation and loss of meaning. Emptiness manifests itself as an absence of meaning, a lack of answers to fundamental questions about life and death. For this purpose, the present research action was based on the qualitative phenomenological-hermeneutic paradigm. Key informants were intentionally selected from direct relatives of three (03) critically ill patients. The setting was the Intensive Care Unit (ICU) of a hospital in Valencia, Venezuela. In short: When a family member faces the end of their loved one's life, a great existential void develops within them, where they have lost sight of the meaning of life and who they will be in the future.

Keywords: Critical Patient. Finitude of Life. Existential Emptiness

Line of Research: Social representations, medical discourse, and healthcare model

INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) son lugares donde se experimentan cambios significativos en la percepción del tiempo el cuerpo y el significado de las cosas a medida que se transita entre la vida y la muerte del paciente. Los seres queridos se encuentran en una especie de limbo durante esta fase intermedia donde la espera se convierte en una experiencia profundamente emotiva. En medio de este entorno altamente tecnológico emerge una vivencia profundamente humana conocida como vacío existencial.

La proximidad de la muerte hace que las personas reflexionen sobre lo fugaz y contingente de su propia vida. En esta situación crítica en la que ingresan en la unidad de cuidados intensivos se experimentan no solo dolor sino también una profunda exploración de las capas más íntimas del ser humano.

Comprender esta vivencia va más allá de un simple análisis clínico o psicológico; implica una aproximación que pueda escuchar el dolor presente en ella, mientras interpreta sus múltiples significados para lograr una comprensión profunda del mismo, sin imponer definiciones externas al fenómeno en sí mismo; en cambio, se trata más bien permitir que se exprese desde lo más profundo mediante la palabra y el silencio compartido por aquellos que la experimentan intensamente. No se trata únicamente de una reacción emocional ante la incertidumbre, sino de un acontecimiento ontológico que pone en crisis los

fundamentos de la vida tal como era comprendida hasta entonces. La sensación de vacío emocional experimentada por los seres queridos en la unidad de cuidados intensivos se manifiesta como una vivencia marcada por la limitación humana. De allí, que este trabajo investigativo se propone comprender desde una mirada fenomenológica-hermenéutica, el modo en que los familiares de pacientes ingresados en la UCI viven el vacío existencial en relación con la conciencia de la finitud. No se trata de definir el fenómeno desde afuera, sino de dejar que se muestre desde dentro, desde la palabra y el silencio de quienes lo atraviesan.

El mismo, está organizado en seis (6) escenarios los cuales se estructuran de la siguiente manera:

- Escenario I: Abordando el problema y la propuesta de estudio, Directriz General, y Directrices Específicas.
- Escenario II: Marco Referencial; Consultando, experiencias previas, referentes teóricos relacionados con el tema en estudio.
- Escenario III: Referencial Teórico Metodológico; enfoque Metodológico, investigación cualitativa. Fenomenología Hermenéutica. Técnica de recolección de datos: Entrevista a profundidad. Criterios de selección de informantes calve. Rigor metodológico, Consideraciones Éticas.
- Escenario IV; Análisis, interpretación y discusión de los resultados.
- Escenario V: Desarrollo del Vacío Existencial ante la Finitud de la Vida.
- Escenario VI: Construcción Teórica Sobre el Significado del Vacío Existencial ante la Finitud de la Vida

ESCENARIO I

VISIÓN FENOMÉNICA

1.- ENFERMEDAD Y MUERTE UNA REALIDAD EN LA EXISTENCIA HUMANA

“La muerte no es enemigo, señores. Si vamos a luchar contra alguna enfermedad hagámoslo contra la peor de todas: La *indiferencia*.¹”

Robin Williams

De la película: PATCH ADAMS

Dentro de la compleja trama que envuelve a la persona (injusticia, pobreza, discriminación, entre otros factores), la enfermedad representa una de las condiciones que más nos hace emocionalmente vulnerables frente a situaciones de dolor y sufrimiento, especialmente cuando está en juego nuestra existencia terrenal.

En particular, al referirme a la muerte, esta constituye una realidad única, natural y universal en nuestra existencia, ya que involucra una serie de connotaciones sociales, filosóficas y religiosas, profundamente entrelazadas con distintas afecciones en nuestro comportamiento, emocionalidad y vivencias a lo largo de la vida.

Nos encontramos atrapados en un mundo donde nuestro destino es morir. El hecho de haber desarrollado conciencia de nosotros mismos y, en cierto modo, haber domesticado nuestros instintos (y con ello, también, nuestra naturaleza biológica) no cambia la realidad ineludible de la muerte. Esta certeza nos ha llevado, desde lo sociocultural, a crear mitos y creencias ⁽¹⁾.

Desde esta perspectiva, el cimiento social, espiritual, religioso, así como los valores y creencias heredados de la sociocultura familiar, son factores determinantes en la manera en que cada individuo vivencia y afronta el proceso de enfermedad y muerte. Por ello, ambas realidades no deben ser abordadas únicamente desde la individualidad, sino que deben comprenderse teniendo en cuenta la interacción con los demás y el contexto en el cual se desarrollan las relaciones humanas.

Asumir la enfermedad y la muerte implica reconocer que su comprensión no puede abordarse (y mucho menos explicarse) de manera lineal. Estas experiencias deben ser entendidas desde la complejidad de las interacciones humanas, ya que responden también a una condición histórica. En cada época, y para cada grupo poblacional, existe una visión particular sobre cómo entenderlas y enfrentarlas ⁽²⁾.

Todo ser humano tiende a evitar situaciones de angustia e incertidumbre, las cuales, por lo general, conducen al sufrimiento, especialmente cuando se trata de la enfermedad y la muerte. Ambas realidades, según se ha señalado, “nos dejan

sin recursos para hacerles frente; se convierten en fuente de frustraciones existenciales y aumentan con ello el sufrimiento”⁽³⁾. Esto se relaciona, en muchos casos, con una crisis o vacío existencial.

Ahora bien, al referirme a la crisis o vacío existencial (término derivado de los estudios realizados por el psicoanalista Erik Erikson), esta puede ser considerada una crisis psicológica o moral, en la cual la persona que la atraviesa se formula preguntas fundamentales sobre el sentido de la existencia humana⁽⁴⁾. generalmente, se cuestiona el significado de la vida y la fe en la existencia de un ser supremo llamado Dios. Esta creencia, a menudo, se debilita o se pierde, lo que conlleva un cambio en la cosmovisión del Ser, y puede llevar a la pérdida del sentido de la vida.

La pérdida del sentido vital radica en la ausencia de un fin común para los seres humanos; es decir, la falta de un estado de armonía, de bienestar, de sentirse feliz, lo cual incluye necesariamente una salud óptima. Cuando esta salud se percibe como frágil o amenazada, puede surgir una sensación de caos. Sin embargo, en la búsqueda de sentido, nos enfrentamos inevitablemente al carácter finito de la existencia, ya que la muerte forma parte inherente de la vida⁽¹⁾.

Lo anterior se vincula con la capacidad de autoconciencia que poseemos, la cual nos permite interpretar y dar significado a las diversas respuestas (sociales, culturales y espirituales) frente a la finitud de la vida. No obstante, esta capacidad también es compleja: nadie está completamente preparado para enfrentar el

sufrimiento, especialmente cuando la salud se ve gravemente afectada. En tales circunstancias, puede surgir una crisis existencial ante la amenaza de la enfermedad o la muerte, propia o de un ser querido.

Con relación a la enfermedad como parte de nuestra realidad biológica y la muerte como parte de nuestra realidad existencial, en el pensamiento colectivo las UCI's son escenarios donde la enfermedad y la muerte, como almas gemelas, son protagonistas, ya que se considera que quien ingresa a estas unidades padece una enfermedad con altas probabilidades de morir.

Es importante resaltar que, durante la estancia de los pacientes en las UCI's, los familiares convierten estos espacios en su nuevo hogar, generándose un cambio en su estilo de vida. Sin embargo, estos lugares no cuentan con áreas adecuadas para el descanso, la tranquilidad, la privacidad y la seguridad, lo que dificulta minimizar factores de riesgo biológicos y brindar apoyo psicológico y espiritual.

1.2- UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: VIVENCIAR DE EMOCIONES

“Los servicios de unidad de cuidados intensivos, generan en el núcleo familiar crisis emocional situacional manifestada en angustia y estrés”.

Bautista LM, Arias MF, Carreño ZO

La muerte, para mí, una vez instaurados todos los esquemas cognitivos sobre su significado dentro de la postura cristiano-católica (creencia heredada

familiarmente) hasta la actualidad, me ha generado diversas reacciones emocionales basadas en la incertidumbre respecto a su trascendencia. Desde la adolescencia, siempre me motivó ayudar al prójimo de forma desinteresada, por lo que me interesaron las carreras del área de las ciencias de la salud, y muy particularmente la medicina, debido a su carácter humanitario.

A lo largo de mi formación de pregrado, he vivido (y con ello construido) diversos significados en torno a la vida y al estado de inminente muerte que padece el paciente en estado crítico, lo que no solo me permitió generar una serie de interrogantes al respecto, sino también desarrollar un gran interés por el proceso del morir y la muerte en sí misma.

Un caso de particular impacto ocurre en los estudiantes de medicina cuando se incorporan a las instituciones de salud para cumplir su formación práctica. Allí enfrentan las situaciones de salud-enfermedad más complejas, así como el proceso de morir y muerte de muchos pacientes en diversos escenarios, siendo particularmente en las UCI's donde tuve la vivencia de mayor impacto respecto a este fenómeno. Sobre todo, me afectó el hecho de no haber recibido una orientación previa sobre cómo abordar esa realidad, tanto para el paciente como para los familiares.

En ese entonces, no había tenido ninguna experiencia familiar en torno a la muerte, por lo que fue el primer impacto emocional (de muchos) que enfrenté

siendo estudiante, lo que consecuentemente motivó aún más mi interés por las vivencias del paciente, sus familiares y el entorno.

El paciente en estado crítico, entonces, originó en mí la necesidad de reflexionar sobre los efectos que la gravedad de su condición de salud puede generar en sus familiares y sobre el gran valor que representa la vida para esa persona (hecho que antes poco apreciaba), así como las diversas respuestas familiares ante esta situación. Estos sucesos me llevaron a cuestionar al sistema de salud acerca de su papel en el manejo terapéutico eficaz y eficiente de los pacientes y la forma en que, a su vez, se trata al grupo familiar.

Es así como lo anterior influyó para que me incorporara al postgrado de Medicina Crítica de Adultos, en el cual, a través de los años de formación como residente y actualmente como especialista, vivo y convivo a diario con las máximas condiciones de gravedad en pacientes críticos y su repercusión en los familiares.

Un hecho particular es que, durante la visita de los familiares en la UCI, evidencio una gran preocupación e incertidumbre respecto a la condición de salud de su ser querido y cómo la percepción de una inminente muerte por parte de ellos desencadena una multiplicidad de representaciones simbólicas, muchas veces expresadas en cuestionamientos sobre el sentido y significado de la vida.

Es un sentir humano vivenciar cómo los familiares experimentan diversas emociones a lo largo de las distintas etapas de la enfermedad de su ser querido.

En las primeras horas del ingreso del paciente a la UCI, el familiar espera, en medio de la incertidumbre, cualquier información sobre la evolución del estado de salud, incertidumbre y angustia que permanecen durante toda su estancia en el área crítica.

Interrogantes tales como: ¿Doctor, mi familiar se va a salvar? ¿Qué tan grave está? ¿Cuándo saldrá de esta situación? El personal sanitario se limita a expresar que las primeras 48 horas son cruciales, cuando en realidad cada día durante la estancia en las UCI's es de alto riesgo y dilema.

Esto es imperante: cada vez que se abre la puerta y escuchan “familiar del paciente tal”, se enfrentan a la amenaza de la muerte de su ser querido, viviendo constantemente la incertidumbre de no saber si su familiar sobrevivirá, ante la muy desafortunada posibilidad de la muerte, una posibilidad que esperan que la parte médica no confirme.

Cuando se vive este tipo de situaciones, el familiar toma conciencia de la circunstancia existente: muerte y/o duelo, commoción, tristeza, esperanza, alivio, aceptación y alegría son emociones comúnmente percibidas en estos familiares. Al convivir con estas emociones, percibo, por un lado, el sentir del dolor por la ausencia física ante la muy desafortunada posibilidad de muerte de su familiar y, por otro, la preocupación por el futuro de éste, ante el hecho de quedar con alguna deficiencia física que pueda incapacitarlo.

En mi praxis profesional en las UCI's, he comprobado que la evolución del paciente en estado crítico presenta altibajos constantes a lo largo de su estancia, durante los cuales los familiares experimentan una montaña rusa emocional: alivio y esperanza cuando el paciente muestra signos de mejoría o estabilidad, pero miedo, tristeza, ansiedad y crisis cuando vuelve a presentar complicaciones, lo que conlleva a un desajuste emocional constante que se traduce en una labilidad afectiva extrema. Algunos expresan esta sensación como estar en el limbo o en una zona de penumbra, viviendo día a día de manera totalmente diferente, centrados únicamente en la supervivencia de su ser querido, mientras la vida a su alrededor carece de sentido, evidenciándose la traslúcida presencia de un vacío existencial ante la probable finitud de la vida de su familiar.

Lo anteriormente señalado me ha permitido reflexionar en tres aspectos: primero, la fragilidad de la vida, es decir, cómo nos afecta desde la esfera más profunda del Ser la finitud de nuestra existencia; segundo, el paciente en estado crítico y la posibilidad de su inminente muerte; y tercero, las diversas reacciones de los familiares durante su estancia en las UCI's como entes frágiles, hecho este último que ha tenido el mayor impacto emocional en mi condición, primero como ser humano y luego como médico.

1.2.1- Unidades de Cuidados Intensivos ruptura del vínculo paciente-familia y médico-familia

Las UCI's se establecen mayormente como áreas destinadas a romper el vínculo entre paciente-familia y médico-familia, debido a su carácter operativo complejo en cada caso y al alto riesgo biológico inherente, lo que limita a los familiares en cuanto a la información y genera un distanciamiento con su ser querido, lo que conlleva una profunda angustia emocional vivida desde la incertidumbre.

Esto hace que los familiares del paciente recluido en la UCI vivencien una realidad distinta a la de otras áreas hospitalarias, produciéndose un gran impacto negativo en ellos, quienes son emocionalmente vulnerables debido a las experiencias del proceso enfermedad-muerte de su ser querido. Lamentablemente, los colores de los espacios en las UCI's, la gravedad de la condición crítica del paciente y la probabilidad de muerte se manifiestan en distintas tonalidades, convirtiéndose en una amenaza psicológica que genera dolor emocional, desesperación, impotencia, vulnerabilidad, culpa, miedo, ansiedad, soledad, depresión y sufrimientos que llevan a cuestionamientos sobre el sentido y significado de la vida, la muerte y su trascendencia existencial.

Desde este contexto, se hace referencia a las situaciones adversas que impulsan la confrontación existencial con el mundo ⁽¹⁾. A estas situaciones, Jaspers ⁽⁵⁾ las denominó "situaciones límites", siendo la muerte la situación límite por

excelencia en el ser humano. Esta experiencia límite no solo permite tomar conciencia de la finitud, sino que también puede ser el fermento para un cambio interior que posibilita una reflexión profunda sobre nuestro lugar en el mundo y nuestra existencia.

Sin embargo, a pesar de lo anterior, el ser humano, como forma de autoprotección para asegurar su existencia, pasa la vida tratando de eludir lo que le resulta dañino, no solo en lo físico sino en lo emocional. No obstante, esto ha originado la invisibilización de aspectos considerados problemáticos, entre ellos la enfermedad y, muy particularmente, la muerte, por lo que no se desarrollan patrones de conducta adecuados ante situaciones límites, tal como afirma Heidegger⁽⁶⁾:

“El encubridor, el esquivarse ante la muerte, domina la cotidianidad tan encarnizadamente que, en el ser ‘uno con otro’, los ‘allegados’ se dedican a hablarle y convencerle justamente al ‘moribundo’ de que escapará a la muerte y pronto volverá a la tranquila cotidianidad de aquel mundo del que él se cura. Semejante ‘procurar por’ cree incluso ‘consolar’ con ello al ‘moribundo’. Quiere devolverlo al ‘ser ahí’, ayudándole a embozar completamente la más peculiar e irreverente posibilidad de su ser. El uno se cura en esta forma de tranquilizar constantemente acerca de la muerte. En el fondo, no se dirige esto sólo al moribundo, sino también a los ‘consoladores’.”

Es allí, en el moribundo, donde la realidad ineludible de la finitud de la vida se hace palpable, donde la vulnerabilidad emocional del Ser se expone, florece y

sale de su estado de latencia anunciando su carácter de humanidad. Y aunque los familiares no son el ente enfermo, forman parte de la existencia de ese Ser y del ambiente donde se desarrolla la “crisis vital”, adquiriendo experiencias a través de la vivencia compartida con su ser querido y su amor hacia él, lo que posibilita el acto humano. Se habla entonces de un Ser vulnerable, no un Ser absoluto y autosuficiente, sino un Ser dependiente y limitado, radicalmente determinado por su finitud; es decir, un Ser vulnerable no es un Ser necesario, sino un Ser contingente⁽⁷⁾.

De modo que, desde nuestra naturaleza biológica, somos seres frágiles de una u otra forma durante toda nuestra existencia: frágiles al nacer, en la enfermedad y ante la inminente muerte. Pero desde nuestra naturaleza social, el nacimiento, la enfermedad y la muerte del otro nos commueven y por ello nos impactan. Necesitamos del otro; se necesita del otro como sostén para aconsejar, acompañar y consolar; es propio de la conditio humana. De ahí que la amenaza de muerte cruce el límite de la autoconciencia en el individuo; es en la finitud de la vida del otro (ese ser querido, en este caso el paciente en UCI) donde los familiares toman conciencia de la máxima condición del Ser. La vida deja de ser percibida ya no como una condición inquebrantable, sino como una condición frágil que, sin ella, deja de existir, dejando al desnudo nuestra vulnerabilidad con repercusiones bio-psico-sociales, culturales y espirituales en todo el grupo familiar.

De tal manera que, desde el manejo multidisciplinario de los pacientes en estado crítico, he tomado como referente no solo al paciente, sino que también he

considerado el seguimiento de los familiares a través de un proceso que requiere observación, análisis y evaluación de la atención y estado del paciente, así como la relación de la familia con el ambiente de las UCI's y con el personal que en ellas labora. Todo ello con la finalidad de conocer y comprender lo que los miembros de la familia perciben como necesario para ellos o sus parientes de manera integral, abarcando aspectos emocionales, culturales, espirituales, de seguridad, información y confort, así como ser considerados como co-participantes en la atención y cuidado integral de su pariente. Esto contempla a la familia como un Ser con expectativas de vida, con un papel cada vez más relevante en la sociedad actual y con responsabilidades sobre su salud y la de sus seres queridos.

En sintonía, cabe mencionar el modelo hegemónico científico con enfoque mecanicista biomédico predominante, en donde el ser humano no es concebido de forma integral (mente y cuerpo), sino que se centra principalmente en este último, a partir del cual los profesionales de la salud accionan en su práctica, construyen la relación médico-paciente y escasamente la relación médico-familiar. De tal manera que estamos atrapados en un modelo que no logra dar respuesta a todo este entramado complejo que es el ser humano.

Por ello, se hace necesario comprender más profundamente las vivencias de los familiares de pacientes en UCI's, que generen a su vez un cambio cultural dentro de estos espacios, con un modelo de atención "de un ser para ser" que no se limite meramente a las paredes de las UCI's sino también a las demás áreas hospitalarias. Como médico del área, evidencio la necesidad que tienen los

familiares de ser reconocidos como parte fundamental en el proceso enfermedad-muerte de su familiar; no me refiero a necesidades de índole económica, sino a ser reconocidos como un “Ser” doliente, lo cual es claramente relevante en la praxis médica y en el manejo multidisciplinario del paciente en estado crítico, así como en las formas en que estos afrontan y comprenden la situación.

Esto permite entender el sufrimiento emocional que puede llevar a la pérdida del sentido y significado de la vida, ya que la actitud que se tome ante estas vivencias ofrece una visión desde la experiencia del Ser y su existencialidad. Por ello, es de interés realizar una investigación sobre *el vacío existencial y la finitud de la vida en las vivencias de los familiares de pacientes en estado crítico*, intención que motiva adentrarse en el estudio y la esencia de esta temática.

En este sentido, debo hacer referencia a las realidades biológica, psicológica, ecológica, social, cultural y espiritual del Ser, realidades que permiten comprender la construcción de las diversas reacciones afectivas, ya que son la base de las experiencias subjetivas de la vida y de la concepción profunda que tenemos de ella.

En atención a lo expuesto, emergen las siguientes interrogantes:

¿Qué opinión tienen los familiares del paciente crítico sobre el significado del vacío existencial ante la finitud de la vida?

¿Cuáles son los noemas que el familiar del paciente crítico tiene sobre el significado del vacío existencial ante la finitud de la vida?

¿Cuáles perspectivas tiene el familiar del paciente crítico sobre el significado del vacío existencial ante la finitud de la vida?

¿Cuál es el significado del vacío existencial ante la finitud de la vida que tiene el familiar del paciente crítico?

¿Cómo descifrar el significado del vacío existencial ante la finitud de la vida que tiene el familiar del paciente crítico?

Todas estas interrogantes son los hilos conductores de la tesis doctoral, por lo que surge la pregunta principal:

¿Cómo abordar el vacío existencial ante la finitud de la vida en familiares de pacientes críticos desde su vivencia en las Unidades de Cuidados Intensivos?

1.3- INTENCIONALIDAD DEL ESTUDIO

1.3.1- Directriz General

Generar una teórica de la comprensión del vacío existencial ante la finitud de la vida, en familiares de pacientes críticos desde su vivencia en las Unidades de Cuidados Intensivos.

1.3.2- Directrices Específicas

- Explorar la opinión que tienen los familiares del paciente crítico sobre el significado del vacío existencial ante la finitud de la vida.
- Descubrir las noemas que el familiar del paciente crítico tiene sobre el significado del vacío existencial ante la finitud de la vida.
- Desvelar las diferentes perspectivas que el familiar del paciente crítico tiene sobre el significado del vacío existencial ante la finitud de la vida.
- Interpretar a partir de las categorías identificadas el significado del vacío existencial ante la finitud de la vida que tiene el familiar del paciente crítico.
- Comprender el significado que tiene el familiar del paciente crítico sobre el significado del vacío existencial ante la finitud de la vida.
- Construir una teorética sobre el significado del vacío existencial ante la finitud de la vida.

ESCENARIO II

LO REFERENCIAL Y VISION TEÓRICA

ASPECTOS REFERENCIALES

2.1- UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

2.1.1- Algo de historia

Las UCI's han evolucionado a partir de la evidencia de que los pacientes con enfermedades o daños agudos que ponen en peligro la vida pueden recibir un mejor tratamiento si son ingresados en áreas específicas del hospital. De esta manera, la UCI es un espacio donde se ofrecen cuidados altamente especializados a personas que se encuentran en una situación de gravedad tal que supone un elevado riesgo para su supervivencia ⁽⁸⁾.

Es interesante ofrecer una perspectiva histórica que explique la creación y el desarrollo de estas unidades, ya que dicha historia permite entender la situación actual y el continuo proceso de adaptación que caracteriza a las UCI's. A lo largo del tiempo han surgido nuevas circunstancias que han conllevado cambios en la manera de cuidar, aunque la necesidad de atender prioritariamente a pacientes en peligro de muerte se mantiene constante.

Desde tiempos remotos existe la imperiosa necesidad de brindar atención prioritaria a los pacientes en riesgo de muerte, situación que se refleja desde el año 1854, durante la Guerra de Crimea, cuando Florence Nightingale consideró necesario separar a los soldados en estado grave de aquellos con heridas menores para cuidarlos de manera especial. Gracias a esta medida, logró reducir la tasa de mortalidad en la batalla del 40% al 2%. En 1950, el anestesiólogo Peter Safar creó un área de cuidados intensivos en la que mantenía a los pacientes sedados y ventilados, siendo considerado el primer intensivista. Las epidemias de poliomielitis entre 1947 y 1952 obligaron a concentrar a los pacientes con parálisis respiratoria en unidades llamadas de «respiración artificial». En este período fue especialmente importante la labor desarrollada en Alemania por R. Aschenbrenner y A. Dónhardt, quienes, en condiciones precarias, realizaron una auténtica labor pionera. Los primeros servicios de respiración artificial fueron desarrollados en Dinamarca por Lassen, Dam, Ipsen y Poulsen; en Suecia por Holmdahl, y en Francia por Mollaret, como respuesta a las epidemias de poliomielitis y a la necesidad de vigilar y ventilar constantemente a los enfermos^(9, 10).

Las primeras unidades centrales de tratamiento y cuidado intensivo, en el sentido actual, fueron instaladas por iniciativa de P. Safar en Baltimore en 1958 y en Pittsburgh en 1961. Con el tiempo, estas unidades se fueron creando en hospitales de todo el mundo, acompañando los avances tecnológicos y el desarrollo de la medicina⁽¹¹⁾.

Hoy en día existen UCI's específicas para diferentes especialidades de la salud. Según el tipo de patología de los pacientes críticos, se dividen varios tipos de UCI's⁽¹²⁾:

- Cuidados del niño críticamente enfermo en la UCI pediátrica.
- Cuidados del adulto críticamente enfermo en la UCI de adultos.
- Enfermedades cardíacas del adulto en las Unidades Coronarias o UCI cardíacas.
- Pacientes traumáticos y/o quemados en las Unidades de Trauma y/o Unidades de Quemados Críticos.
- Cuidados perioperatorios, atención al paciente politraumatizado y/o con trauma craneoencefálico (TCE), paciente neuroquirúrgico, intoxicaciones, insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal y manejo de la disfunción o fallo multiorgánico en las UCI.

Estas unidades eran consideradas inicialmente como lugares destinados a la vigilancia y tratamiento intensivo de pacientes, con especificidades organizativas y estructurales. Progresivamente, el desarrollo del concepto moderno de enfermedad crítica condujo a un cambio gradual en el funcionamiento de estas unidades.

La evolución de la medicina en el siglo XX ha llevado avances que posibilitan el mantenimiento de órganos vitales mediante adelantos tecnológicos tales como la ventilación mecánica, la reanimación cardiopulmonar, la nutrición

artificial y las terapias de sustitución renal, que a su vez han derivado en la medicalización de la medicina.

Actualmente, se empieza a hablar de la necesidad de humanizar los cuidados, ofreciendo atención integral a través de un equipo multidisciplinario, centrado en el manejo de los síntomas físicos sin olvidar el apoyo psicosocial y espiritual. En este contexto, surgen proyectos como la Humanización de los Cuidados Intensivos, que definen el trabajo de un grupo multidisciplinar de profesionales de UCI's con el objetivo de mejorar la atención, dando espacio tanto a familiares como a pacientes. A su vez, este proyecto se integra dentro del Programa de Humanización de los Cuidados de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y supone nuevos retos para los profesionales. Busca ofrecer una atención de carácter integral desde el trabajo conjunto de un equipo multidisciplinario, centrado en la comunicación y el bienestar del paciente y su familia, para lograr cuidados de calidad con los que los profesionales se sientan cómodos y respaldados ^(12, 13).

2.1.2- ¿Qué es una Unidad de Cuidados Intensivos?

Como se ha reseñado anteriormente, una UCI consiste en un servicio hospitalario sumamente especializado y equipado con todo lo necesario para atender a pacientes con pronóstico grave o con alto riesgo de presentar complicaciones, que, debido a su estado delicado de salud, requieren monitorización continua, vigilancia y tratamiento específico ⁽⁸⁾.

Por consiguiente, las UCI's son servicios dentro de un centro hospitalario que cuentan con una estructura diseñada para mantener las funciones vitales de pacientes en riesgo de perder la vida, y que fueron creadas con la finalidad de facilitar su recuperación⁽¹¹⁾.

Dado que las UCI's corresponden a un servicio hospitalario altamente especializado, esta especialización se determina no solo por la gran variedad de patologías que se deben manejar en ellas, sino también por la cantidad de dispositivos y aparatos de alta tecnología disponibles, además del material médico específico y los fármacos de uso exclusivo, debido a los requerimientos de monitorización que su utilización implica⁽¹⁴⁾.

Las UCI's están destinadas a proporcionar asistencia intensiva integral las 24 horas del día a los pacientes críticos. El acceso a estas áreas es muy restringido. Todas las UCI's se encuentran aisladas del resto de la estructura hospitalaria; sin embargo, deben estar ubicadas en una zona que permita un acceso rápido y directo desde otros servicios esenciales del hospital, especialmente urgencias, quirófano y medicina interna. Además, por ser un servicio con una alta tasa de mortalidad, debe contar con un acceso discreto al mortuorio.

Debido a la complejidad de los servicios en las UCI's, se generan en el núcleo familiar crisis emocionales situacionales manifestadas en angustia y estrés⁽¹⁵⁾.

2.1.3- Deshumanización y Humanización en las unidades de cuidados intensivos

Cuando un paciente se encuentra en un estado vulnerable de extrema gravedad e ingresa en la UCI, se produce un gran impacto que genera en los familiares un cúmulo de sensaciones emocionales. Este impacto se exacerba por el hecho de permanecer en un ambiente que, de cierta manera, se percibe como hostil, un escenario cargado de incertidumbre, impotencia y miedo^(15, 16).

Como se ha mencionado en párrafos anteriores, en las UCI's trabajan profesionales de la salud altamente cualificados, con instrumentos especializados. Dado el estado de inestabilidad de los pacientes, la prioridad y, por lo tanto, la atención médica se centran en abordar la enfermedad y su tratamiento, relegando en gran medida lo emocional, lo que conduce a una deshumanización discreta pero implícita^(18, 19, 20, 21).

Además, aunque los avances científicos han favorecido la supervivencia de los pacientes que ingresan en la UCI, inevitablemente han contribuido a la deshumanización de los cuidados, ya que las necesidades emocionales de la persona quedan relegadas. Asimismo, la comunicación entre los familiares y los profesionales que laboran en estas unidades es escasa, debido a que no siempre existe consenso dentro del equipo al proporcionar información. Esta comunicación es necesaria para establecer una relación de confianza y llevar a cabo un cuidado centrado en el paciente y su familia^(17, 21, 22).

En cuanto a la humanización en la UCI, hago referencia al Proyecto de Investigación Internacional “Humanizando los Cuidados Intensivos” (HU-CI), el cual ha diseñado un marco conceptual con acciones específicas que mejoran la humanización de los cuidados intensivos, y que también sirve como punto de encuentro entre familiares, pacientes y profesionales intensivos. (Grupo de Trabajo de Certificación del Proyecto HU-CI) (23).

Humanizar la UCI permite reconocer a la familia como un eje central de todas las acciones asistenciales. Una familia participativa es una familia más sana, con más herramientas para luchar contra la desesperanza que genera el ingreso de un paciente en los servicios de hospitalización crítica ⁽¹⁵⁾.

2.2- EL PACIENTE CRÍTICO

El paciente en estado crítico se define como aquel que presenta alteraciones fisiopatológicas de tal gravedad que representan una amenaza real o potencial para su vida, y que al mismo tiempo son susceptibles de recuperación. Por lo tanto, hay cuatro características básicas que definen al paciente crítico (24):

1. Enfermedad grave.
2. Potencial de reversión de la enfermedad.
3. Necesidad de asistencia y cuidados de enfermería continuos.
4. Necesidad de un área tecnificada (UCI).

Así, se denomina paciente crítico a aquel enfermo cuya condición patológica afecta uno o más sistemas, pone en serio riesgo actual o potencial su vida y presenta condiciones de reversibilidad que hacen necesaria la aplicación de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital avanzado⁽¹⁴⁾.

Los pacientes que ingresan a las UCI's lo hacen para recibir cuidados y mejorar su bienestar; para muchos, la admisión puede significar la recuperación de su estado de salud, mientras que para otros solo representa el inicio de una muerte larga, lenta y dolorosa. Estudios indican que a mayores puntajes en las escalas de severidad al ingreso, se asocian mayores tiempos de estancia hospitalaria y mayor mortalidad⁽¹²⁾.

En este sentido, debido a la gravedad de su patología, pueden enfrentar una mortalidad cercana al 100 % en la mayoría de los casos. Sin embargo, la evolución y supervivencia de los pacientes también se ven influenciadas por otros factores independientes de la patología de ingreso, incluso cuando presentan puntajes bajos en las escalas pronósticas⁽¹²⁾; y de acuerdo a esto se clasifican según un orden de prioridad. La primera prioridad corresponde a pacientes inestables que requieren atención intensiva que no puede ser ofrecida fuera de la unidad. La segunda prioridad es para aquellos que necesitan monitoreo intensivo y podrían requerir intervención inmediata. La tercera prioridad corresponde a pacientes que pueden recibir tratamiento intensivo para mejorar o estabilizar agudizaciones de enfermedades crónicas, aunque es posible limitar su tratamiento y soporte.

Finalmente, la cuarta prioridad es para pacientes que no se beneficiarían de los cuidados intensivos; incluyen personas que pueden ser atendidas fuera de la UCI y pacientes con daños o enfermedades irreversibles, es decir, demasiado graves o enfermos para beneficiarse de estos cuidados ⁽⁸⁾.

2.3- VIVENCIAS DE FAMILIARES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

La enfermedad de un miembro de la familia puede causar grandes cambios, provocando en ella un alto riesgo de inadaptación, que puede derivar en un estado de crisis y en una experiencia emocional muy dolorosa. Los familiares de pacientes ingresados en la UCI sufren ansiedad, desorganización y necesidad de ayuda, especialmente durante las primeras 18-24 horas posteriores al ingreso. Por lo tanto, los familiares involucrados requieren tanto apoyo emocional como una comunicación clara y eficaz sobre el estado de salud del paciente ^(25, 26).

Como se mencionó anteriormente, la UCI es un servicio de alta complejidad donde los familiares sufren profundamente, ya que la pérdida de la salud supone una crisis situacional. En esta, el núcleo familiar experimenta reacciones emocionales significativas como estrés, miedo, depresión, angustia, soledad, incertidumbre y llanto⁽²⁷⁾.

El ingreso de un familiar a una UCI implica una ruptura en la unidad paciente-familia, agravada por la frecuente incapacidad de la familia para recibir información y expresar sus deseos e inquietudes. Si a esto se añade el potencial déficit de

comunicación con el personal asistencial, pueden generarse situaciones inquietantes. La familia sufre dichas reacciones emocionales, originados por situaciones como la pérdida del contacto, la inseguridad y la inestabilidad frente a la posibilidad de muerte, además de sentimientos negativos de aprehensión o temor hacia el área hospitalaria⁽²⁸⁾.

En este sentido, un estudio realizado por Urizzi y Corrêa refiere que los familiares reconocen que la UCI es un lugar ideal para la recuperación de pacientes graves, pero, por otro lado, la perciben como un espacio que genera miedo, aprehensión e inquietud⁽²⁹⁾.

Este resultado es corroborado en la investigación de Lemos Rossi, quien reporta que los familiares de pacientes internados en la UCI la perciben como un lugar destinado a pacientes graves, lo que los acerca a la posibilidad de la muerte⁽³⁰⁾.

Morir es siempre un proceso individual, pero también un acontecimiento que afecta a quienes se relacionan con la persona que muere, evidenciando una dimensión social y cultural. Por ello, las actitudes y comportamientos que las personas adoptan ante la muerte resultan de características y circunstancias individuales, por un lado, y del concepto y sentido de la muerte predominante en la sociedad, por el otro⁽³¹⁾.

Atendiendo a la significación de la muerte de familiares o allegados como un punto de inflexión destacado en las trayectorias biográficas, se demuestra que la

muerte del otro adquiere un lugar central en la vida, implicando un cambio que modifica el estilo de vida, generando situaciones que van desde asumir la soledad y modificar el hábitat y las costumbres, hasta el traslado a una vivienda colectiva. La muerte de familiares adquiere importancia como reflejo inmediato de la propia finitud, y la soledad es el sentimiento más recurrente en torno a esa muerte⁽³¹⁾.

Asimismo, el impacto de la muerte varía según el vínculo que une a la persona con el fallecido⁽³²⁾. Por ejemplo, cuando se trata de los padres, surgen sentimientos encontrados, como el darse cuenta de lo que se hizo, el remordimiento y la culpa. Al dolor se suman los intensos cambios en los roles, especialmente cuando la muerte de los padres ocurre a una edad temprana. El recuerdo de la muerte del padre suele ser más fuerte que el de la madre, posiblemente ligado a la persistente preeminencia del rol paterno en sociedades fuertemente patriarcales⁽³³⁾.

Urizzi y Corrêa, en su investigación titulada “Vivencias de familiares en terapia intensiva: el otro lado del ingreso”, reportan que muchos familiares, a pesar de expresar inicialmente dificultad y miedo, manifiestan que no encuentran palabras que expresen la situación dolorosa vivida, lo que configura la dificultad para hablar sobre la muerte, considerándola una posibilidad para cada uno de nosotros⁽²⁹⁾.

Por ello, la muerte en familiares de pacientes críticos debe abordarse desde una visión multidimensional y multireferencial, que incluya la cosmovisión, las

raíces religiosas, espirituales, sociales, psíquicas, emocionales y familiares, así como el ambiente y las circunstancias en que se presenta. Esto impone hacer énfasis en la complejidad interna del fenómeno, buscando una comprensión subjetiva trascendental como condición humana, asumiendo el desafío de distinguir, vincular y afrontar lo incierto⁽³⁴⁾.

2.4- ANTROPOLOGÍA DE LA MUERTE

Nos sumergiremos ahora en la mirada antropológica de la muerte. Esta visión de la muerte desde la antropología está marcada, por un lado, por la sociocultural, en cuanto a creencias, leyendas y mitos, todo ello sustentado en una relationalidad entre el hombre y lo sobrenatural; y, por otro lado, por el intento filosófico de encontrarle sentido a la vida, así como por las religiones, fundamentadas en la promesa de una vida eterna. Se trata, en conjunto, de una mirada antropológica en la cual el hombre reincide siempre en una constante reflexión sobre la muerte⁽³⁵⁾.

Siendo la muerte un fenómeno multidimensional inherente al ser humano, autores como Aguilera Portales y González Cruz consideran que, para poder entender la muerte, primero debemos estudiar al hombre. Para ello, se configuran diversas perspectivas: estudiar al hombre desde la muerte y, a la vez, estudiar la muerte desde el hombre⁽³⁶⁾.

Duche Pérez⁽³⁷⁾ destaca que, desde la antropología, el estudio de la muerte puede dividirse en tres grandes períodos. El primero comprende las percepciones

y teorías evolucionistas de finales del siglo XIX e inicios del siglo XX, hasta antes de la expansión teórica del estructuralismo lévi-straussiano a mediados del siglo pasado.

El segundo periodo, un poco más corto que el anterior, abarca desde el estructuralismo hasta el gran apogeo de la antropología simbólica encabezada por Clifford Geertz. Finalmente, el tercer periodo se enmarca desde los años 90 hasta la actualidad, caracterizado por la interdisciplinariedad y transdisciplinariedad de las ciencias sociales y humanas en torno a la muerte como objeto de estudio y la modernidad como espacio de reflexión.

El autor citado menciona que, en el primer periodo, los evolucionistas del siglo XIX, como Tylor, consideraban que la muerte era un suceso más sobrenatural que real. Sostenían que la muerte explica dos cuestiones importantes: por una parte, permite entender cómo el ser humano ha ido construyendo la religión a través de la veneración de los muertos (pasando del politeísmo al monoteísmo); y por otra, ha generado la idea de que todo individuo posee un alma (animismo). Para ello, se hace referencia a la comprensión de que cuando algo muere no necesariamente desaparece; aunque un hombre pueda morir y ser enterrado, su fantasma continúa presentándose a los vivos en visiones y sueños⁽³⁸⁾.

Contrariamente, Freud sostiene que la muerte no es un proceso de transferencia del espíritu, sino más bien que el proceso de comprensión de la

muerte es un acto cotidiano pero impersonal, ya que "nuestro inconsciente [...] no conoce absolutamente nada negativo [...] y por consiguiente tampoco conoce la propia muerte, a la que sólo podemos darle un contenido negativo. Entonces, nada pulsional en nosotros solicita la creencia en la muerte"⁽³⁹⁾.

Desde otra perspectiva, se sitúa a la muerte como parte de un proceso funcional (normativo, parental y legal), en el que los actores sociales comparten roles para institucionalizar la muerte como un ritual social regido por un conjunto de normas. Esta perspectiva funcionalista, planteada por Malinowski⁽⁴⁰⁾, subraya que la muerte es un elemento constitutivo de la vida humana, que permite generar no solo prácticas de acompañamiento ritual, sino también entender que la muerte es una necesidad básica que todos los seres humanos deben satisfacer en relación con el grupo al que pertenecen.

Ante todo, es pertinente la afirmación de Medina: "La esencia de la muerte no reside en la conciencia del morir, sino en la construcción socio-cultural que el hombre mismo realiza de ella. De allí que lo que caracteriza la naturaleza de la muerte no es el hecho biológico de morir, sino la muerte como una respuesta social. De manera tal que todos los cambios que se presentan en una sociedad también estarán presentes en la manera de construir y analizar la muerte, y eso es lo que explica las modificaciones y transformaciones de los constructos sociales sobre la misma"⁽¹⁾.

Esta afirmación será escrutada discursivamente a lo largo del recorrido reflexivo de esta obra, con el fin de propiciar un diálogo de saberes que se intercambian en esta narrativa antropológica de la muerte y sus interpelaciones.

2.4.1 Aries, Morín, Heidegger: Una Mirada Antropológica de la Muerte

En la búsqueda de un acercamiento a una visión antropológica de la muerte, que a su vez aporte sustento onto-epistemológico para la construcción de una teórica que permita comprender el vacío existencial ante la finitud de la vida en familiares de pacientes críticos, especialmente desde su vivencia en las UCI, intento configurar algunas reflexiones tomando en consideración las extraordinarias obras que a continuación refiero: *El Hombre y la Muerte* (1994) de Edgar Morín, *El Hombre ante la Muerte* (1983) de Philippe Ariès, y *Ser y Tiempo* (1999) de Martin Heidegger.

Edgar Morín: El Hombre y la Muerte

“Mientras que el individuo animal vive ciego a su propia muerte, al no poseer conciencia de ella, en el hombre, la conciencia de la muerte, es su fatídica adquisición, y este saber es exterior, es aprendido, no es innato”

Edgar Morín

En su obra *El Hombre y la Muerte*⁽⁴¹⁾, publicada por primera vez en 1951, Edgar Morín nos presenta su enfoque antropológico desde una visión compleja

que va desde lo biológico hasta lo humano y lo social. De allí que su episteme tanatológica se haya convertido en una plataforma de debate permanente, y su contribución al abordar temas como la muerte le ha valido el reconocimiento como el creador de la nueva tanatología⁽⁴²⁾.

Morín afirma en esta obra que la muerte introduce entre el hombre y el animal una ruptura aún más sorprendente que el utensilio, el cerebro o el lenguaje. Esta afirmación lo lleva a plantear la siguiente interrogante: ¿Nos obliga acaso la muerte a replantear la antropología y a meditar sobre la biología? Este cuestionamiento constituye la base de su episteme al abordar la problemática de la muerte, partiendo de una reflexión biológica para llegar a un replanteamiento antropológico. Así, Morín construye una relación bio-antropológica en la cual el hombre es concebido como el producto más evolucionado de la vida, y la muerte es considerada como el rasgo más humano y cultural del antropos. Es en el umbral de esta relación bio-antropológica donde la muerte se sitúa exactamente: la especie humana es la única en la que la muerte está presente durante toda su vida, la única que realiza un ritual funerario, la única que cree en la supervivencia o resurrección de los muertos, y son estas actitudes y creencias ante la muerte las que distinguen claramente al hombre del resto de los seres vivientes.

El hecho biológico de morir, por ser una realidad ineludible, genera en el hombre un rechazo total a su naturaleza biológica, dado que la muerte se convierte en su realidad existencial más traumática. La vivencia de este trauma constituye en sí un vacío existencial, creando un desgaste afectivo que provoca en

el hombre un ferviente deseo de inmortalidad. Hablar de muerte es, por tanto, hablar de inmortalidad; sin embargo, se genera una gran incongruencia: la conciencia de la muerte hace que el hombre reconozca y se considere mortal, pero a la vez la niega y se cree inmortal. Esta conciencia, que sentencia la pérdida de la individualidad, crea también la esperanza de una inmortalidad.

Este deseo de inmortalidad en el hombre no se basa en la negación ciega de la muerte, sino todo lo contrario: se fundamenta en la plena conciencia de ella y conlleva al reconocimiento de su mortalidad como producto de su realidad biológica. Por ello, toda individualidad que se subleva contra la muerte busca ratificarse frente a ella, y el deseo de inmortalidad es la prueba más tangible de ello, ya que en la inmortalidad se presume la reafirmación de la individualidad más allá de la muerte.

Morín considera que en el hombre existe una obsesión por los muertos, la cual se encuentra en el trauma que la misma muerte genera. Cuanto más se descubre la pérdida de la individualidad, más traumatizado queda el hombre; y cuanto más afectado está por la muerte, más se da cuenta de la pérdida irreparable de la individualidad. De tal manera que la conciencia de la muerte es, en esencia, el agujero negro en la vida existencial del hombre.

El hombre vive deseando apoderarse de la inmortalidad que posee la especie, pero esta inmortalidad que anhela no solo representa una promoción de la individualidad respecto a la especie, sino que también revela un descontento

íntimo con su naturaleza biológica, lo cual supone una ruptura que conduce a la fragmentación de la relación del hombre con su especie. Por ello, el hombre trasladará su naturaleza biológica a su naturaleza social, buscando la inmortalidad en este mundo terrenal a través de los adelantos médicos.

Philippe Ariés: El Hombre ante la Muerte

*“No es en el momento de la muerte, ni en la cercanía de la muerte,
cuando hay que pensar en ella. Es durante toda la vida”*

Philippe Ariés

Philippe Ariés inicia su obra *El Hombre ante la Muerte*⁽⁴³⁾ situando la primera etapa en la Edad Media, desde el siglo V hasta la actualidad, y desarrolla una periodicidad de las actitudes y manifestaciones de las personas frente a la muerte en las culturas occidentales.

Para realizar su recorrido histórico, el autor hace referencia a cinco tipos de muerte, con el fin de revelar las relaciones y actitudes que manifiesta el hombre ante la muerte. Estos cinco tipos son: la Muerte Domada, la Muerte Propia, la Muerte Lejana y Próxima, la Muerte del Otro y la Muerte Invertida.

La Muerte Domada: Siglo V al XI

Philippe Ariés toma como punto de partida la primera Edad Media (a partir del siglo V). La muerte domada reflejaba una resignación ingenua y espontánea ante el destino y la naturaleza; la muerte era aceptada. Se concebía con un

sentido colectivo de destino: “todos hemos de morir”. La persona estaba familiarizada con la idea de su propia muerte, que, en circunstancias normales, anunciaba su llegada mediante signos naturales o convicciones personales, como el caso del sacristán de Saint-Paul de Narbonne, quien presintió su muerte. Así, la muerte no tomaba por sorpresa a las personas y les proporcionaba tiempo para prepararse para su venida.

La muerte estaba regulada por un ritual organizado por la persona que moría. Por ejemplo, la señora de Montespan (quien temía más morir sola que la misma muerte) ordenaba que al acostarse todas las cortinas estuvieran abiertas, la habitación iluminada con muchas velas, y que al despertar encontrara a sus veladoras hablando, bromeando o comiendo para tranquilizarse. Cuando sintió que iba a morir, ya no tuvo miedo y cumplió con sus obligaciones: llamó a sus criados, pidió perdón, confesó sus faltas y presidió la ceremonia de la muerte, como era costumbre.

Sin embargo, cuando la muerte llegaba sin aviso, esta era considerada una muerte fea, monstruosa y vil, una muerte de la que no se hablaba por temor a que fuera señal de maldición o un instrumento de la ira divina. La muerte súbita no era vista como un bien para el alma.

La muerte no era dramatizada, ya que el ritual se realizaba sin grandes impactos emocionales. Siempre se moría en público: familiares (incluidos niños) y vecinos se colocaban alrededor de la cama del moribundo. Los ritos de la muerte

familiar estaban gestionados por el duelo de los supervivientes y los honores civiles rendidos al difunto; la Iglesia sólo intervenía para la absolución de los pecados.

La Muerte Propia: Siglo XI al XV

Entre los siglos XI y XV se producen modificaciones sutiles que poco a poco dieron un sentido más dramático y personal a la tradicional familiaridad del hombre con la muerte. Si entre los siglos V y XI la muerte se consideraba un destino final producto de la naturaleza humana, en este nuevo período se desplaza el sentido colectivo hacia el individuo. Se toma conciencia de la finitud de la existencia terrenal y se comprende que se está condenado a morir. Surgen entonces tres elementos importantes: la intranquilidad por el juicio final, la inquietud por la descomposición corporal y la preocupación por el sentido biográfico, lo que lleva a la personalización de las sepulturas.

Respecto al juicio final, siglos antes, no existía un juicio ni condena para el fallecido; este descansaba hasta despertar en el Paraíso. En el siglo XII aparece la idea del juicio final, cuando todos serán juzgados al final de los tiempos. Sin embargo, a partir del siglo XV esta creencia cambia: la persona próxima a morir sería juzgada por un tribunal de justicia que separaría a justos y condenados, evaluando escrupulosamente las buenas y malas acciones de la vida. En este juicio final, el moribundo adquiere una visión individual y un conocimiento pleno de sí mismo. Ariés observa en este período una estrecha relación entre la muerte y la

biografía personal: en el espejo de su propia muerte, cada persona descubrirá el secreto de su individualidad.

Durante este tiempo, el ritual de la muerte continúa siendo colectivo, dado que la muerte aguarda a todos, pero el juicio es particular e individual. También reaparece la individualización de las sepulturas, con inscripciones que incluyen nombre, fecha y cargo, así como retratos del difunto. Los moribundos comienzan a prever en sus testamentos servicios religiosos perpetuos para la salvación de sus almas.

Para Ariés, todo esto refleja la voluntad de individualizar el lugar de sepultura y perpetuar el recuerdo del difunto, destacando la importancia de la identidad. Este tipo de relación entre la muerte y la individualidad era desconocida anteriormente. En este periodo, el velatorio, duelo y cortejo se transforman en ceremonias eclesiásticas, organizadas y dirigidas por clérigos, es decir, la muerte se clericaliza.

El cuerpo del fallecido se vuelve tabú. La actitud hacia la muerte cambia: el cuerpo deja de ser un objeto familiar y su exhibición se vuelve inadmisible. El cadáver se oculta cuidadosamente, depositado en ataúdes y sepulturas bajo monumentos. Ocultar el cuerpo no implica un rechazo a la individualidad física, sino a la muerte carnal, y esta ocultación tiene un fuerte simbolismo eclesiástico.

Se genera un apego apasionado al mundo terrenal. Este apego no sólo representa una resistencia a la finitud de la vida, sino también un amor vehemente por las cosas terrenales.

La Muerte Lejana y Próxima: Siglo XVI al XVIII

A partir del siglo XVI, los cementerios se alejan de los centros urbanos. La muerte es a la vez “lejana y próxima”, una ruptura y continuidad simultáneas. Aunque la muerte seguía siendo familiar, se mostraba recelo hacia los muertos, por lo que los cementerios se ubicaban lejos de las residencias, para evitar que los muertos perturbaran la vida de los vivos. Sin embargo, por la creencia en la resurrección de los cuerpos, relacionada con el culto a los mártires, muertos y vivos comenzaron a convivir en los mismos lugares.

Además, en el mundo de la fantasía se desarrolla un sentido erótico-sexual asociado a la muerte. La muerte empieza a simbolizar una ruptura, y esta noción se transfiere a hechos reales: el muerto es admirado por su belleza, dando origen a la “muerte romántica”. La literatura y el arte asocian la muerte con el amor (Tánatos y Eros), mostrando una complacencia extrema por el sufrimiento y los suplicios.

La Muerte del Otro: Siglo XVIII

En el siglo XVIII, el hombre occidental se preocupa menos por su propia muerte y más por “la muerte del otro”. Es la época de la muerte romántica y

retórica, que exalta y dramatiza la muerte. El recuerdo y la añoranza inspiran un nuevo culto a las tumbas y cementerios.

En el siglo XIX, la solemnidad de los ritos funerarios se transforma en una pasión expresiva: los asistentes lloran, rezan y gesticulan con intensidad. Este dolor refleja una intolerancia creciente ante la separación. No sólo en la cabecera del moribundo, sino incluso al recordarlo, la sola idea de la muerte commueve. La actitud hacia el luto cambia: este ya no se respeta en sus formas tradicionales, sino que se exagera con duelos histéricos. Según Ariés, esto indica que a los supervivientes les cuesta más aceptar la muerte ajena. La muerte temida deja de ser la propia y se convierte en la muerte del otro.

La Muerte Vedada: Siglo XIX en adelante

A mediados del siglo XIX, se produce una rápida revolución en las ideas y sentimientos tradicionales sobre la muerte, que pasa de ser familiar a convertirse en un tabú, un hecho vergonzante: “La Muerte Vedada”.

Ariés señala que esto se debe a un sentimiento particular: el entorno del moribundo tiende a protegerlo y a ocultarle la gravedad de su estado. A menudo, se le esconde al moribundo la evolución real de su enfermedad y su condición terminal, con el pretexto de no hacerlo sufrir. La mayoría muere sin saber que mueren, y sólo unos pocos lo sospechan. Son los médicos quienes determinan que la finitud de la vida ha llegado.

La muerte se oculta o disfraza, lo que modifica su sentido. Las ceremonias funerarias ya no son organizadas por el propio hombre, sino por profesionales: pompas fúnebres, servicios tanatológicos, evitando situaciones emotivas y manifestaciones externas de duelo, en un rechazo creciente a la muerte. El moribundo muere en soledad, no sólo por el ocultamiento, sino porque quienes niegan la muerte no saben cómo enfrentarla.

La Muerte Invertida: Siglo XIX hasta el presente

La muerte se medicaliza, es decir, deja de ser dominio familiar y eclesiástico para convertirse en potestad del mundo médico. Ariés describe un nuevo tipo de morir que surge en el siglo XIX: la muerte abandona el hogar y ocurre en hospitales, en unidades de cuidados intensivos, con el paciente intubado, inconsciente y sin presenciar su muerte. Este proceso se origina en la medicalización y se desarrolla en tres etapas:

- Disimulo en la relación moribundo-entorno, apartando al enfermo de los signos del desenlace fatal. Aunque se sabe que está muriendo, familiares y médicos actúan como si la enfermedad fuera curable.
- Promoción de la muerte hospitalaria y rechazo a los cambios corporales durante el morir, considerándolos sucios e indecentes. Las secreciones del cuerpo enfermo se trasladan al ámbito aséptico de la medicina y la moralidad. La muerte se convierte en un evento solitario.

- Medicalización completa: la muerte ocurre en hospitales por el progreso de técnicas médicas, que requieren personal especializado, haciendo imposible el morir en casa. Los médicos se encargan del cuidado final y las empresas funerarias gestionan el cadáver y trámites administrativos.

Esta muerte invertida se sustenta en la fuerte creencia en la eficacia biomédica para solucionar problemas de salud y eliminar la muerte, aunque hoy se cuestiona esta beneficencia incondicional. La muerte se transforma en un asunto médico-hospitalario.

Con la medicalización, el hospital no es sólo un lugar para recuperar la salud, sino también para morir, donde la muerte “normal” es aceptada por médicos y familiares. Así, la muerte deja de ser un acto humano y religioso para convertirse en un problema funcional del cuerpo. A pesar de ello, el hospital sigue siendo el principal contexto para la atención sanitaria y el lugar donde se produce la mayoría de las muertes en nuestra sociedad ⁽⁴⁴⁾.

Martin Heidegger: Ser y Tiempo

“El hombre es un ser para la muerte”

Martin Heidegger

Martin Heidegger publicó en 1927 su obra Ser y Tiempo (Sein und Zeit) ⁽⁴⁵⁾, considerada como su aporte más importante, dado que ha ejercido una gran influencia en la filosofía del siglo XX.

En Ser y Tiempo, Heidegger plantea que la esencia del hombre radica en el desarrollo de su existencia, la cual consiste en participar en el mundo, lo que él denomina el “estar-en-el-mundo” o Dasein (ser-ahí). Así, la palabra Dasein define la existencia humana como un ser arrojado al mundo; sin embargo, este “ser arrojado” no debe interpretarse como estar pasivamente tirado en el mundo, sino todo lo contrario: la existencia del Dasein ocurre en la medida en que el hombre actúa sobre las cosas y, al hacerlo, se crea a sí mismo, lo que implica que el Dasein es individual.

Por lo anterior, el pensamiento filosófico de Heidegger, según Echaurri, no puede ser otra cosa que un análisis e interpretación del Dasein: “el estar-en-el-mundo es el ‘participar del mundo’” (1964:52).

En este “participar del mundo”, el hombre tiene muchas posibilidades, pero solo una es cierta: la posibilidad de morir. Por ello, “estar-en-el-mundo” implica avanzar hacia la finitud, lo que equivale a avanzar hacia la propia muerte. Así surge la dimensión mortal del Dasein, el “ser-para-la-muerte”. De esta manera, el Dasein implica estar-en-el-mundo y, al mismo tiempo, irse extinguendo, acercarse a la muerte y al “no-ser”.

Somos seres que, desde el nacimiento, ya estamos muriendo y, en ese sentido, todo lo que hacemos durante la vida es esperar el momento de la muerte. La vida, entonces, se compone de pequeños o grandes momentos que envuelven

nuestras vivencias, las cuales nos mantienen ocupados mientras avanzamos hacia nuestro único destino: morir.

Esta posibilidad es lo que lleva al Dasein a su dimensión mortal (“ser para la muerte”). Heidegger no solo presenta a la muerte como la única posibilidad cierta e ineludible, sino que además considera la imposibilidad de una existencia posterior, hecho que perturba al hombre ante la certeza del “no-ser”. Así, la muerte como finitud de la vida es una posibilidad que puede darse en cualquier instante o momento.

Para el Dasein individual, la muerte también es individual: nunca se experimentará la propia muerte. Como señala Fernando Savater, “conocemos lo que es morirse en el morir de los otros, pero no lo que es morir”. Por lo tanto, el hombre debe aceptar que morirá en su propia muerte, no en la muerte de otro ni por otro. De esta manera, morir es parte de la vida y de la esencia humana. Entre todas las posibilidades del hombre, la muerte es la más propia, la más cierta, insuperable, inminente, inevitable e irrebasable.

En Heidegger, el Dasein (estar-en-el-mundo) y su dimensión mortal (Ser-para-la-Muerte) se sitúan en una temporalidad concreta: la existencia humana está limitada por dos extremos, el nacimiento y la muerte, y la vida es el “intermedio” entre ambos. Si estamos muriendo desde el nacimiento, esto significa que iniciamos nuestro recorrido vital desde la finitud misma.

Ante la realidad de la muerte, Heidegger distingue dos formas opuestas de actuar, que denomina “existencia inauténtica” y “existencia auténtica”.

La existencia inauténtica vive negando que va a morir; se entretiene con las cosas, se entrega a la trivialidad de las relaciones sociales o a los placeres estéticos para sofocar en sí la idea de la muerte y olvidar la profunda tragedia de la existencia.

La existencia auténtica, en cambio, asume la idea de la muerte: “yo voy a morir, y voy a morir en mi muerte, la que me es propia”. Es vivir consciente de la fragilidad del existir, con una presencia constante del destino último de la existencia: la nada, que se alcanza a través de la muerte. En esta última, se acepta que la muerte forma parte de la vida, que con la muerte dejará de ser, que no habrá atadura alguna con el mundo en que se vivía, aunque ese mundo continuará existiendo sin él.

Para el hombre en esta existencia auténtica, la permanencia de la muerte no genera angustia; por el contrario, puede vivir con más alegría y plenitud, sabiendo el destino final que le espera y no ignorándolo, pues lo que se ignora engendra angustia. La auténtica aceptación de nuestra finitud debe llevarnos a una profunda elección por la vida.

En resumen, el Dasein reconoce que su existencia está marcada desde un principio por la posibilidad cierta de morir; por lo tanto, ante la vida puede

responder de dos maneras: huyendo y distraiéndose con los demás, o volviéndose hacia el fin y adelantándose a la muerte.

2.5 VACÍO EXISTENCIAL Y SENTIDO DE LA VIDA: VIKTOR FRANKL Y MAX SCHELER

No hay duda de que el dolor, ya sea físico o emocional, es algo que no queremos sentir; el instinto de supervivencia nos indica que, si algo nos hace daño, lo mejor es evitarlo. Sin embargo, la naturaleza humana, que en parte puede desprenderse de nuestros instintos biológicos, nos ha dotado de la capacidad de reflexionar sobre el sufrimiento y preguntarnos si este sirve para algo en la constante búsqueda del sentido de la vida.

Viktor Frankl

Comencemos por describir lo que Frankl denomina “Sentido de la Vida”: “el descubrimiento del sentido de la vida tiene como base la voluntad de sentido, una fuerza interior de la dimensión espiritual que, en la mayoría de los hombres, por distintos motivos, está inactiva”⁽⁴⁶⁾.

Para Erich Fromm, el sentido de la vida no es más que el acto de vivir en uno mismo. La manera en que experimentamos cada hora, día, mes y año moldea el propósito de nuestra existencia, el cual, a su vez, es responsable de generar plenitud ⁽⁴⁷⁾. No obstante, lo que importa no es el sentido general que se tenga de la vida, sino el significado concreto que adquiere la vida de cada individuo en un

momento dado⁽⁴⁷⁾. Sin embargo, reflexionar en exceso sobre el sentido de la vida podría incluso llevar a la insatisfacción.

Martela y Steger⁽⁴⁸⁾ definieron tres aspectos fundamentales que consideran pertinentes para el sentido de la vida: El primer aspecto es la coherencia (entendimiento), es decir, cómo encajan los acontecimientos. Se trata de comprender que las cosas suceden en la vida por una razón. Esto no significa necesariamente que se puedan incluir nuevos desarrollos en la narrativa en el momento en que suceden, pero generalmente puede hacerse después, por lo que se tiene fe en que eventualmente así será. El segundo aspecto está relacionado con el propósito (motivación), la existencia de fines. Es la creencia de que estás vivo para hacer algo. Se concibe como la finalidad o misión personal; por ejemplo, el propósito de la vida podría ser compartir los secretos de la felicidad o estar aquí para difundir el amor en abundancia.

Finalmente, el tercer aspecto es la significancia (reflexión), el valor inherente de la vida. Este es el sentido de que tu vida importa. Si tiene altos niveles de importancia, estás seguro de que el mundo sería un poco, o quizás mucho, más pobre si no existieras.

Para estos autores, es necesario ir más allá de considerar el sentido de la vida como una simple construcción y, en cambio, adentrarse en las tres facetas generales antes mencionadas. Para vivir en el mundo como seres reflexivos, los

humanos parecen necesitar tres cosas: comprender el mundo que los rodea, hallar una dirección para sus acciones y encontrar valor en sus vidas.

En consonancia con esto, Frankl realiza un análisis sobre el sentido de la vida, señalando que esta puede cobrar sentido de tres maneras: primero, por lo que damos a la vida (obras creativas); segundo, por lo que tomamos del mundo (experiencia en valores); y tercero, por la actitud que adoptamos ante un destino que ya no podemos cambiar (enfermedad, proceso de morir, muerte) ⁽⁴⁶⁾.

Ahora bien, cuando enfrentamos la finitud de la vida, el sufrimiento se encuentra inmerso en una serie de constelaciones que pueden llevar al individuo a una pérdida del sentido de la vida y a caer en conflictos sobre su propia existencia. Las crisis existenciales o vacío existencial son crisis profundas, cargas que lanza la vida y que penetran en lo hondo de la persona, exigiéndole un replanteamiento de sus parámetros existenciales. Estas crisis le piden “estar-en-el-mundo” de un modo distinto al que hasta entonces le era propio [...] por tanto, tienen un carácter traumático, en tanto que exigen la toma de una decisión que puede comprometer la existencia en toda su profundidad, un cambio significativo del argumento vital e incluso una transformación radical de valores y creencias nucleares ⁽⁴⁹⁾.

Para Frankl, la otredad de otro ser no debe quedar disminuida en el pensamiento existencial, y lo mismo hay que decir del sentido. El sentido de la vida que un ser tiene que llevar a cabo es algo que está más allá de sí mismo; nunca es lo mismo que él. Solo si el sentido retiene otredad, puede ejercer sobre

un ser esa exigencia de entregarse a un análisis fenomenológico de la experiencia de la existencia. Dicho de otra manera, el sentido no ha de coincidir con el ser; el sentido va por delante del Ser⁽⁴⁶⁾.

En este sentido, debemos entender que la vida y la muerte están sucediendo todo el tiempo, coexisten y son inseparables en el mismo aliento. Solo cuando el individuo se acerca o se enfrenta a la muerte, ya sea la suya propia o la de un ser querido, surgen preguntas sobre su significado y trascendencia. Es en ese momento cuando la mente proyecta que debe haber algo más. Para Frankl, existen tres causas fundamentales del vacío existencial, lo que denominó la triada trágica: sufrimiento, culpa y muerte⁽⁵⁰⁾.

En el caso del tema en estudio, cuando la persona se enfrenta a la finitud de la vida, se produce en mayor medida un vacío existencial que se desarrolla fundamentalmente porque se ha perdido la perspectiva de quién somos. En este punto específico, Frankl considera que en la muerte también se vive, y si la clave a lo largo de la vida radica en descubrir sentido en cualquier situación, esta actitud debe prevalecer también ante la muerte⁽⁵⁰⁾.

En este camino del sufrimiento ante el límite de la vida, intervienen no solo elementos biológicos, sino también aspectos antropológicos, sociales, culturales, psicológicos y espirituales, que llevan al individuo a reflexionar profundamente sobre su existencialidad y a retomar la búsqueda del sentido perdido. Frankl menciona que las personas sometidas a situaciones altamente adversas,

fueramente estresantes y generadoras de desesperanza pueden caer en un vacío existencial⁽⁴⁶⁾. De tal manera, para este autor, el vacío existencial será afrontado según la disposición cognitivo-emocional que tenga la persona ante la situación desencadenante. La existencia, entonces, significa una vida llena de sentido, con características de libertad y responsabilidad, en la que el individuo mantiene una relación recíproca en el mundo compartido. De este modo, como acontecimiento existencial humano, todo Ser halla en su existencia también el sentido al sufrimiento, pues este es propio de su existencialidad.

Desde una mirada antropológica, Frankl desarrolla el Análisis Existencial, que abarca aspectos fundamentales de la noción de ser humano, más específicamente de persona. A partir de ello concluye que ésta, además de homo sapiens, debe ser reconocida justamente como homo patiens, es decir, un ser doliente, no solo de dolencias físicas o psicológicas, sino existenciales, inherentes a la vida humana ante su existencia⁽⁵¹⁾.

El interés de Viktor Frankl se centró específicamente en lo humano, es decir, en el lado intelectual y espiritual del hombre, que se manifiesta en su búsqueda de sentido. Para ello recurrió a la filosofía existencial y la fenomenología de Max Scheler (con quien coincide en muchos aspectos), a través de su vivencia en los campos de concentración (donde perdió prácticamente a toda su familia en 1941) y plasmada en su obra *El hombre en busca de sentido*, en la que aborda la finitud de la vida y el sufrimiento que llevan al individuo a una pérdida del sentido de la vida. “Le quedó clara la finitud de la naturaleza corpórea humana sometida al dolor

(Schmerz) y a la muerte (Tod), a la par que advirtió la grandeza del espíritu humano”⁽⁵²⁾.

Así, Viktor Frankl plasma en su obra cómo un hombre acepta su destino y todo el sufrimiento que este conlleva; la forma en que carga con su cruz le da muchas oportunidades (incluso bajo las circunstancias más difíciles) para añadir a su vida un sentido más profundo⁽⁵²⁾.

Según refiere Ramírez Patiño M., Viktor Frankl propone tres tipos de valores que conducen a encontrar el sentido de la vida ⁽⁵³⁾: El primer tipo de valor es homo faber, relacionado con la creación, en donde la persona se da al mundo en forma de trabajo, realizando una acción productiva. El segundo tipo de valor es homo amans, relacionado con las experiencias o vivencias, en las cuales la persona encuentra sentido a partir de lo que recibe del mundo, de los encuentros existenciales y del amor. El tercer tipo de valor es homo patiens, relacionado con el sufrimiento y la enfermedad, cuyo sentido reside en el comportamiento que se asume ante estos, es decir, en la forma en que sufrimos nuestra enfermedad (realización-desesperación).

Así pues, el homo faber concreta con su obra creadora el sentido del ser, donde solo existe el éxito o el fracaso. El homo amans enriquece su existencia con significados a través de la variada experiencia de la vida y el amor. Ahora bien, cuando no es posible la realización de valores creativos o vivenciales, solo queda la realización de otros, con primacía respecto a los anteriores, los llamados

valores de actitud. Desde ellos se despliega en todo su esplendor el homo patiens, el hombre capaz de sufrir dignamente, pero sobre todo de encontrar caminos plenos de sentido incluso en situaciones de fracaso⁽⁵⁴⁾.

Cabe acotar que los valores de actitud son superiores a los de producción o experiencia, porque el significado del sufrimiento, como dimensión, es mayor que el significado del trabajo y el del amor. Sin embargo, cada uno de ellos se encuentra en constante dinamismo, y, según Frankl, es este tercer tipo el que es específico de los humanos.

Por otra parte, también es importante mencionar la percepción hacia el mundo desde la visión scheleriana, donde el hombre reconoce y siente los valores en su mundo, el significado contenido en cualquier situación dada. Esto implica que para encontrar el sentido existencial se necesita una actitud especial hacia uno mismo y hacia el mundo: distanciarse de uno mismo para que el mundo pueda ser visto con su valor intrínseco (perceptividad). Es decir, el significado de la vida está en el mundo vivido; el significado de la existencialidad implica una vida en la percepción de ese mundo. Aquí, tanto Frankl como Scheler coinciden con Merleau-Ponty.

Max Scheler.

Luego de haber analizado la propuesta de Frankl, ahora nos referiremos al filósofo alemán Max Scheler, quien afirma que el individuo y su mente no pueden ser vistos como una parte aislada, sino como un Ser con necesidades sociales,

psicológicas y espirituales. Entre sus grandes aportes a la fenomenología, también es considerado fundador de la antropología filosófica, cuyo objetivo, entre otros aspectos, “es el de descifrar la particularidad del Ser (personal-espiritual) al mismo tiempo que determina su puesto singular en el conjunto del mundo y de la vida” (53). Así pues, la antropología filosófica de Scheler es capaz de ofrecer una respuesta integral a las preguntas sobre el sentido de la existencia humana, dado que representa, además, un ejercicio de autocomprendión⁽⁵³⁾.

Es así como, a través de su desarrollo antropológico-fenomenológico, Scheler plantea una teoría sobre el significado del sufrimiento en la que expone la idea de que, cuando se siente algún tipo de dolor, ya sea físico o emocional, es necesario darle un uso que tenga sentido. Ante el sufrimiento, el individuo debe descubrir cuál es el sentido profundo de su padecer para luego reflexionar y meditar sobre él.

Esta teoría propone que cada persona debe buscar esta razón en su propio sufrimiento para darle sentido y hacerlo útil. Scheler describe tres estratos de profundidad de los sentimientos (modos de ser)⁽⁵⁵⁾: el biológico (organismo), el psicológico (el Yo) y el espiritual (la persona), en los cuales el dolor y el sufrimiento son interpretados de manera distinta según el estrato al que se recurra. Entre mayor profundidad exista en la interpretación y vivencia del sufrimiento, más nos acercamos al hombre existencial, metafísico y religioso, es decir, a la persona espiritual, a diferencia del mero organismo vivo o del Yo.

Según Scheler, solo podemos encontrar sentido al sufrimiento cuando el ser humano se sitúa en su dimensión personal, es decir, en el plano espiritual (Geistperson). En cambio, a nivel psicológico y orgánico, el sufrimiento carece de sentido, pues se trata de un sufrimiento pasivo. Por ello, solo en la dimensión espiritual es posible iniciar una acción en torno a este sufrimiento, otorgándole un sentido existencial. Para Scheler, el sufrimiento conduce al sacrificio, y de esta forma llegamos a reconocer la solidaridad del sufrimiento con el todo, aprendiendo así el significado objetivo del mismo: “Cada sufrimiento está correlacionado con eventos objetivos de sacrificio en los que se entrega un bien de orden inferior a cambio de un bien de orden superior”⁽⁵⁵⁾.

Este planteamiento sobre sufrimiento y sacrificio es compartido también por Frankl. De hecho, los estratos de profundidad de los sentimientos descritos por Scheler parecen haber sido la base para los tipos de valores planteados por Frankl, ya que están íntimamente relacionados. Esto se puede apreciar en el hombre doliente (*homo patiens*) de Frankl, que correspondería al plano de la persona espiritual (Geistperson) de Scheler, donde el sufrimiento se da desde una capa más profunda, en ambos casos existenciales, no físicos ni psicológicos.

Desde esta visión del sufrimiento y el sacrificio se desarrolla la espiritualidad en el Ser, pues a través del sacrificio la persona otorga sentido al sufrimiento, un aspecto fundamental en la filosofía de Scheler, quien lo describe en su obra *El Puesto del Hombre en el Cosmos* (*Die Stellung des Menschen im Kosmos*), precisamente derivado de su preocupación por cuál es el lugar del

hombre en el mundo y sus cuestionamientos existenciales sobre el Ser. En dicha obra explica, entre otras cosas, que es el espíritu lo que nos diferencia de los demás seres vivos. Desde esta perspectiva, para Scheler podemos observar “las características que contemplan al hombre como el ser sistemático-natural que es, pero también podremos apreciar en él ciertos rasgos de índole esencial que le conceden un puesto particular que lo separa radicalmente del resto de los seres que integran el cosmos, demostrando con ello su preeminencia.

Entre esos rasgos distintivos se encuentran “la percepción del orden de las cosas, la preocupación por la existencia y los valores, y el don de la razón, que representan las cualidades distintivas del ser humano; indican una diferencia esencial (*Wesensunterschied*) entre el ser humano, la naturaleza y el animal”⁽⁵⁶⁾. Así, el espíritu es, según Scheler, la conexión con la divinidad (Dios) como centro de sus actos (esencia de actos), esa capa de la persona donde, a través de sus vivencias, le da significación existencial a su mundo, ya que solo él, de entre todos los seres vivos, reflexiona sobre su existencia, siendo necesario el sacrificio ante el dolor y sufrimiento para otorgar sentido a su existencia.

Por tanto, sufrir también sería un acto libre y responsable, algo ligado a los planteamientos de Frankl, en los que el dolor mismo se convierte en una motivación para que el individuo adopte una actitud o postura existencial, le dé sentido a su sufrimiento y tome una acción coherente en su vida. La conclusión final de ambas teorías es que, tanto para Scheler como para Frankl, cualquiera

puede encontrar sentido al dolor o sufrimiento, siempre que lo interprete desde una perspectiva espiritual.

2.6 REALIDAD ESPIRITUAL

“Si el cerebro evolucionó por selección natural...

*Las creencias religiosas deben haber surgido
gracias al mismo mecanismo”*

E. O. Wilson

Alper considera que la conciencia de la muerte generó tanta tensión que conllevó a una presión selectiva en nuestra evolución cerebral (cognitiva) y que, en algún momento durante las últimas etapas de nuestra evolución, la naturaleza seleccionó aquellos linajes que tenían una predisposición innata a percibir o creer en una realidad alterna, que les permitiera superar las limitaciones de este mundo finito. “Si no fuera por la evolución de este mecanismo paliativo, es muy probable que nuestra especie no hubiera sobrevivido”⁽⁵⁷⁾.

En su esencia, el ser humano es espiritual; esta espiritualidad proviene desde adentro, siendo una especie de fuerza interna que dinamiza las dimensiones de la existencia. Sin embargo, la espiritualidad se ha diluido en medio de las prácticas religiosas. La religión busca externalizar dichas manifestaciones, principios y creencias. La manera en que esta conciencia espiritual actúa en nosotros se desarrolla en ⁽¹⁾:

- La creencia en la existencia de seres sobrenaturales.
- La creencia en la existencia del alma.
- La creencia en una vida después de la muerte.

Como resultado de todas estas creencias heredadas, los seres humanos profesamos valorar y disfrutar la vida, a pesar de sabernos mortales. Dada esta espiritualidad expresada en las prácticas religiosas, nos libera de alguna manera de la angustia generada por la conciencia de la muerte como realidad inevitable ⁽¹⁾.

Ahora bien, la espiritualidad sentida fuera de la religión consiste en avivar las posibilidades de estar permeado por el mundo, estar siempre dispuesto a disfrutar la vida por el sencillo hecho de estar vivo, y vivir el presente en la esencia del aquí y el ahora. El fin último es comprender la espiritualidad como un medio de desarrollo humano ⁽⁵⁸⁾.

VISION TEÓRICA

2.7 Fenomenología de Husserl: Finitud y Trascendencia de la Vida..

La filosofía de Husserl (1859-1938), en la última etapa de su vida y obra, aborda temas relacionados con el nacimiento y la muerte, los cuales emergen a medida que explora nuevas perspectivas de análisis ausentes en sus primeras investigaciones.

De allí que la filosofía de Husserl sea la primera visión que asumo con el fin de construir una teorética sobre el vacío existencial y la finitud de la vida. Esta

búsqueda pretende develar estructuras significativas internas y la esencia de dicha experiencia en familiares de pacientes críticos ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos, con el objetivo de generar un saber teórico relacionado con el fenómeno. Husserl acuñó el término fenomenología en su obra Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica (1913), definiéndola no como una ciencia natural de los hechos, sino de las esencias, las cuales se captan por intuición, al fundamentar que el fin propio de la fenomenología se da únicamente en la esencia de ciertas estructuras de la conciencia⁽⁵⁹⁾.

Esta visión epistémica de Husserl surge como respuesta al positivismo científico imperante en su época, ya que dicho método hipotético-deductivo parte de la premisa de que el mundo se rige por leyes precisas que pueden explicar, predecir y controlar los fenómenos, realizando generalizaciones universales sobre fenómenos que son, en realidad, multicondicionados⁽⁵⁹⁾.

En relación con lo anterior, González considera que la fenomenología surge como un método científico descriptivo, establecido en conjunto con la psicología apriorística pura o fenomenológica⁽⁶⁰⁾. Esto implica que debe darse un proceso de reflexión sobre el contenido de la conciencia, dejando de lado todos los demás elementos, lo que Husserl denominó reducción fenomenológica (epojé). Esta consiste en que el investigador debe “poner entre paréntesis” la existencia real del objeto, es decir, dejar en suspenso su existencia. En otras palabras, el mundo tal como se presenta debe ser suspendido, desconectándose de su existencia objetiva, para así percibirlo por medio del sentido de la percepción, del recuerdo, y

de las vivencias (residuo fenomenológico), las cuales poseen dos características esenciales: el contenido de la conciencia (nóema) y la forma en que ese contenido se manifiesta (nóesis).

A partir de estas consideraciones, en la presente investigación la percepción de la muerte será concebida como contenido de la conciencia (nóema), y la finitud de la vida como manifestación de dicha percepción (nóesis), constituyéndose así en significados que permiten acceder a la esencia de la conciencia (eidos).

Sobre lo anterior, Fermoso⁽⁶¹⁾ establece que la reflexión fenomenológica pasa por cuatro planos de acción para alcanzar la esencia de la conciencia (eidos):

Primer plano: *El Mundo Teorético*, integrado por tradiciones, religión, prejuicios científicos, entre otros. Segundo plano: *El Mundo Vital*, entendido como un universo originario y espontáneo, cognoscible tal cual es. Tercer plano: *La Actitud Fenomenológica*, que permite la contemplación de la esencia. Cuarto plano: *La Subjetividad Trascendental*, en la cual se retorna al Yo, al que previamente se le ha dado el mundo, es decir, la forma en que este se ha manifestado al sujeto.

De este modo, para Fermoso (op. cit.), en el tránsito de un plano a otro debe estar presente la epojé. Así, en el Mundo Teorético, correspondiente al primer plano, como investigador debo suspender (poner entre paréntesis)

prejuicios, axiomas éticos, principios estéticos, lógicas y sistemas políticos, con el fin de percibir el espacio (lo que queda fuera de los paréntesis) donde se encuentra el hecho (Umwelt) tal y como se presenta (Mundo Vital). Este segundo plano, para efectos de esta investigación, concierne al Mundo de Vida de los familiares de pacientes en estado crítico ingresados en una UCI. Aquí tiene lugar la primera reducción, en la que se transita de lo trivial a lo fundamental.

En relación con el Tercer Plano, este se ubica en el proceso de enfermedad y morir del ser querido, con la finalidad de contemplar de la forma más libre posible la esencia del fenómeno. Como investigador, asumiré una Actitud Fenomenológica, abordando las vivencias y experiencias de los familiares en la UCI, donde se llevará a cabo la segunda reducción fenomenológica. Para esta nueva reducción (eidética) intervienen una serie de sistemas cognitivos y creativos, en la cual, como investigador, haré un giro desde la intencionalidad de los contenidos de la conciencia (estructura noético-noemática) de los familiares de pacientes críticos, buscando percibir todo lo dado tal como se manifiesta, sin sesgos ni omisiones, con el objetivo de identificar, comprender y asimilar rasgos invariantes de forma general y, de este modo, llegar a la estructura de la esencia a través de lo que Husserl denominó libre variación imaginativa (freie Variation).

Finalmente, en el Cuarto Plano de la Subjetividad Trascendental, tiene lugar la construcción de significados por parte de los familiares en relación con la muerte y la finitud de la vida, dando paso así a la construcción de un saber teórico.

FIGURA Nº 1
PLANOS DE REFLEXIÓN FENOMENOLÓGICA DE FERMOSO



Fuente: Franco Sánchez (2025)

Desde este panorama investigativo, la incertidumbre ante la posibilidad de muerte de un ser querido, como expresión de la finitud de la vida, y el vacío existencial serán objeto de análisis en su esencia pura como método de estudio.

Del mismo modo, Thurnher señala que Husserl introduce un método distinto que emplea el análisis reflexivo, a través del estudio de los fenómenos en su forma pura (las cosas por sí mismas), sin parcializar ni manipular el objeto de estudio, a diferencia de lo que hacían las ciencias de su época⁽⁶¹⁾.

Por otra parte, el autor citado también hace referencia a la fenomenología genética, entendida como una fenomenología de la individualidad monádica, guiada por la pregunta sobre la génesis de la subjetividad. Esta propuesta adopta un nuevo análisis fenomenológico centrado en el Yo, afectado por la suma de sus actos pasados y caracterizado por un elemento fundamental: el tiempo. A partir de

ello, se abren interrogantes fundamentales en torno al devenir de la subjetividad trascendental.

Posteriormente, Vecino se refiere a la fenomenología generativa como otra vía para abordar el fenómeno, esta vez desde una perspectiva comunitaria (no individualista), en la que el Yo se constituye desde un entramado familiar y generacional, recibido como una herencia histórica. Este enfoque, desarrollado también por Husserl, propone un lazo generativo que permite que la experiencia personal de cada sujeto contribuya a la sedimentación histórica colectiva, la cual se transmite de forma hereditaria a las nuevas generaciones⁽⁶⁰⁾. Es en esta perspectiva donde se sitúa la presente investigación para el desarrollo de una postura fenomenológica.

Así, la fenomenología genética, en su visión de la individualidad, permitirá indagar sobre la experiencia personal de cada familiar de pacientes críticos ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. Por su parte, la fenomenología generativa, desde su perspectiva comunitaria, facilitará comprender cómo esta experiencia personal contribuye a la sedimentación histórica colectiva del entramado familiar y generacional, en relación con la vulnerabilidad del ser humano, e invitará a reflexionar sobre el sentido y significado de la vida, aportando así una comprensión más profunda de su finitud.

2.8 Fenomenología Existencial Merleau-Ponty: De la conciencia intencional a la conciencia perceptiva.

Para Maurice Merleau-Ponty, la fenomenología es un método que permite, a partir de los fenómenos, ver y estudiar las esencias, revelando así el misterio del mundo y el misterio de la razón⁽⁶²⁾. A diferencia de Husserl, Merleau-Ponty centra su análisis en la percepción, argumentando que existe una conexión entre la conciencia y la naturaleza (hombre y mundo), mediada por los sentidos (gestos, palabras, actos, entre otros). De esta forma, se accede a la esencia del fenómeno. Es decir, no se puede comprender al ser humano ni al mundo si no es partiendo de su facticidad. En este sentido, la fenomenología se concibe como una filosofía trascendental que sostiene que el mundo está presente antes de toda reflexión, como una presencia inalienable. Para Merleau-Ponty, entre el ser humano y el mundo se establece una relación de coexistencia, rechazando así la concepción dualista que presenta al hombre como sujeto y al mundo como objeto.

Lo que para Husserl constituye el mundo de la vida (*Lebenswelt*)⁽⁶³⁾, para Merleau-Ponty es el mundo de la percepción (*Chair*), en tanto considera que la idealidad no puede existir sin encarnarse. Esto implica que los actos del ser humano se constituyen en su mundo, desarrollándose una dinámica constante entre el hombre y su entorno. El mundo, entonces, se convierte en el espacio de la verdad. Esta concepción remite a lo que Heidegger denomina el Ser-en-el-mundo, al señalar que no es posible hablar del ser humano (de su existencia) sin partir de su estar-en-el-mundo⁽⁴⁵⁾.

Así, estar en constante relación de coexistencia (Yo-Otro, Yo-Otros) permite producir percepciones compartidas sobre los significados vividos en el universo de las emociones y experiencias. Para comprender la complejidad de la experiencia humana, es necesario reconocer que cada sujeto percibe la realidad desde distintos puntos de vista a lo largo del tiempo, pero de forma intersubjetiva. En este marco, la ek-sistencia se define como un salir de sí, una trascendencia inmanente al mundo intersubjetivo o mundo de las coexistencias, situado en el único universo existente. En él, se revela que las cosas no están ahí únicamente para una persona en particular, sino que ese mismo mundo, ordenado de una manera para alguien, también se organiza (desde otro punto de vista) para otra persona⁽⁶⁴⁾.

Por otro lado, a diferencia de Husserl, Merleau-Ponty sostiene que el mundo real es un mundo de fenómenos, de cosas que se nos aparecen. En consecuencia, la fenomenología debe dirigirse hacia una actitud natural ante el mundo, es decir, hacia una visión sensible de la realidad (de los sentidos, de la percepción), donde todo lo existente aparece como vivencia. Dicho de otro modo, se trata de estudiar la esencia de las cosas en su existencia. Así, en la búsqueda de dicha esencia, el fenómeno debe hallarse entre las propias cosas, emergiendo en una visión más amplia del mundo, donde la esencia se configura a través de la percepción.

En su obra Fenomenología de la Percepción, Merleau-Ponty profundiza en la percepción como fuente de conocimiento, afirmando que en este proceso

intervienen múltiples sentidos. Es en este marco donde el Otro se me aparece necesariamente, así como Yo me aparezco a él, con un cuerpo, gestos y expresiones. De esta manera, la intersubjetividad, para Merleau-Ponty, es ante todo intercorporeidad⁽⁶²⁾.

Cabe destacar que, al igual que Husserl, Merleau-Ponty otorga gran importancia al concepto de intercorporeidad en la relación con el Otro. No se trata solamente de que el hombre reflexione sobre sí mismo, sino que también posee la capacidad de ofrecer y recibir del Otro. En este sentido, se pasa de una visión centrada en el "para sí" a una visión orientada "para el Otro". Así, los seres humanos solo pueden conocerse a través de sus miradas, gestos, palabras; en definitiva, a través de sus cuerpos⁽⁶⁵⁾. De este modo, lo que para Husserl era la base de la intencionalidad de la conciencia, en Merleau-Ponty constituye el horizonte de temporalidad presente en toda percepción corporal⁽⁶⁵⁾.

A partir de estas ideas, Merleau-Ponty realiza un giro fenomenológico, ubicando al Ser no desde la intencionalidad, sino desde la percepción de sí mismo y de su relación con el mundo. Es decir, el Ser se concibe en tránsito desde una conciencia intencional hacia una conciencia perceptiva. Esto conlleva una nueva reflexión (una reducción fenomenológica) mediante la cual se suspenden y se ponen entre paréntesis las afirmaciones espontáneas en las que se vive, no con el propósito de negarlas, sino para comprenderlas y explicitarlas⁽⁶⁶⁾. Por tanto, esta nueva reflexión fenomenológica debe orientarse hacia la búsqueda de la esencia a

través de la experiencia vivida, y no ser asumida como una verdad sobrenatural⁽⁶⁷⁾.

En este sentido, es evidente que la fenomenología existencial de Merleau-Ponty expone el significado intersubjetivo del Ser en el mundo de la vida. Lo racional, entendido en un sentido trascendental, se manifiesta como verdad en la medida en que el ser humano devela el conocimiento mediante su interacción con los otros y con el mundo. El cuerpo se proyecta en el mundo y otorga diferencia y otredad a las cosas, ya que conciencia y cuerpo están interrelacionados en el comportamiento humano⁽⁶⁵⁾.

Todo lo anterior permite comprender la importancia de la postura de Merleau-Ponty en relación con lo social: todo conocimiento es nuestro conocimiento dentro del mundo, fundamentado en la experiencia compartida en el seno de la sociedad. En este contexto, se produce una revalorización del mundo social (el cual había sido desatendido por el existencialismo) al entender la relación Yo-Otro como una inserción común en un mundo histórico y social. Es en este espacio donde se formaliza tanto la fenomenología existencial como una fenomenología de la historia⁽⁴⁷⁾.

Desde esta perspectiva, para Merleau-Ponty, la sociedad concebida desde un enfoque humanista y existencial se fundamenta en lo social, lo cual implica intersubjetividad, comunidad y conciencia. De este modo, la sociedad es concebida como una totalidad coherente. A esta totalidad Merleau-Ponty la

denomina estructura, en tanto conecta los significados sociales que operan en distintos niveles, articulando los significados actuales con los posibles y con los fenómenos sociales. En consecuencia, la sociedad se convierte en una estructura fundamental de la experiencia⁽⁶⁷⁾.

En esta misma línea, Pérez Riobello plantea la necesidad de redescubrir el mundo natural y el mundo social, no como objetos o suma de objetos, sino como campo o dimensión de existencia compartida⁽⁴⁸⁾.

En este marco, en el caso de los familiares de pacientes críticos ingresados en una UCI, las diversas concepciones de la existencia se encuentran inmersas y condicionadas por el contexto histórico-cultural al que pertenecen. Estas concepciones se encarnan en el cuerpo como experiencia vivida, como parte de la coexistencia en el mundo de la vida.

A este respecto, conocer las experiencias a través de las vivencias (es decir, del mundo vivido) de los familiares de pacientes críticos en UCI, en su contexto histórico-cultural y desde la perspectiva de la coexistencia, permitirá profundizar en el estudio de sus actos, emociones y percepciones. Esta indagación posibilita la búsqueda de la esencia en relación con el vacío existencial y la finitud de la vida, como elementos constitutivos de la existencia humana. Dentro de este orden de ideas, Merleau-Ponty sostiene que la realidad no habita únicamente en el interior del ser humano, sino que el hombre es del mundo, y el mundo está siempre allí, incluso antes de la existencia del propio sujeto⁽⁶⁸⁾.

ESCENARIO III

VISION METÓDICA

“con la investigación cualitativa termina el investigador en un campo interdisciplinario, transdisciplinario y en muchas ocasiones contradisciplinario, que penetra para atravesar en las ciencias de las humanidades, las ciencias sociales, pero también las ciencias físicas”.

Herrera J

3.1 Presupuesto Epistemológico de la Metodología en la Investigación

En correspondencia con lo expuesto anteriormente, realizar una investigación relacionada con el vacío existencial ante la finitud de la vida en los familiares de pacientes críticos, desde su vivencia en las UCI's, requiere que su estructura se fundamente en el marco referencial del contexto social de la persona que la experimenta, tanto en su mundo interno como en su entorno externo.

Desde esta perspectiva, la vivencia de toda realidad está inserta en el mundo interno personal, conformado por valores, actitudes, creencias, necesidades, intereses, ideales, temores, entre otros aspectos de cada individuo, los cuales otorgan sentido y significado al mundo externo ⁽¹⁾.

Cabe señalar que la visión metódica adoptada en esta investigación exige un enfoque estructural-sistémico y dialéctico, en el cual cada elemento que

compone el fenómeno de estudio no solo se define por sus características particulares, sino también por su red de relaciones con el contexto en el que se manifiesta.

En conformidad con lo anteriormente planteado, el modelo más adecuado para el desarrollo de esta acción investigativa fue el paradigma metodológico cualitativo, optando por un pluralismo metódico de enfoque fenomenológico-hermenéutico. Esta elección responde a la necesidad de ofrecer interpretaciones desde dichos referentes y de generar una teórica sobre el vacío existencial ante la finitud de la vida en los familiares de pacientes críticos, en su contexto natural y desde su vivencia.

En este sentido, la metodología adoptada se centrará en los informantes clave, a partir de cuyas experiencias se pretende explicar diversos acontecimientos de la realidad social, caracterizada por su complejidad. Al respecto, Martínez señala que la investigación cualitativa busca identificar, fundamentalmente, la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da cuenta del comportamiento y de sus manifestaciones⁽⁶⁹⁾.

Desde esta visión metódica, se pretende abordar los aspectos ontológicos (para develar la esencia del fenómeno), los aspectos epistemológicos (como forma de pensar la realidad), así como el enfoque paradigmático que articula el método y los procedimientos empleados.

En esta línea, se propone una investigación de carácter interpretativo. De acuerdo con Heidegger, la hermenéutica es, fundamentalmente, el método interpretativo que aparta la mirada investigativa de los entes concebidos de manera ingenua y la dirige hacia el ser mismo. En consecuencia, la hermenéutica parte del mundo cotidiano del ser humano como punto de inicio de toda interpretación⁽⁷⁰⁾.

Así, el objetivo de la hermenéutica consiste en revelar significados que no son evidentes a la intuición. En este contexto, se trata de des-ocultar fenómenos y, específicamente, de interpretar sus significados. Para Heidegger, la hermenéutica implica una descripción elemental de lo evidente, al tiempo que se esfuerza por descubrir significados ocultos mediante mecanismos anticipatorios.

Por su parte, Gadamer sostiene que la hermenéutica es un término que muchas personas desconocen y que probablemente no necesitan conocer. No obstante, la experiencia hermenéutica les concierne y no les excluye. Desde esta perspectiva, la hermenéutica puede considerarse una técnica, un arte y una filosofía aplicada a los métodos cualitativos, cuyo rasgo distintivo es alcanzar la comprensión mediante un proceso recursivo de interpretación-comprensión⁽⁷¹⁾.

3.2 Tipo de Investigación

En consideración de la tipificación descrita anteriormente, así como de las directrices establecidas y de la intencionalidad de la investigación, esta se enmarca dentro del enfoque fenomenológico. En este sentido, la investigación

fenomenológica busca responder y explicar la naturaleza de las cosas⁽⁷²⁾.

Diversos teóricos han debatido si la fenomenología debe entenderse como un método o como una forma de filosofar, ya que, lejos de constituir una simple secuencia de pasos, se asemeja más bien a un nuevo paradigma. Este paradigma observa y explica la ciencia para comprenderla en su sentido profundo y, así, alcanzar la verdad de los fenómenos⁽⁷³⁾.

A este respecto, Husserl⁽⁶³⁾, fundador de la escuela fenomenológica, se dedicó a describir el método fenomenológico tras una depuración crítica del psicologismo. La concepción del ser humano, desde la perspectiva husseriana, apunta a la restauración del sujeto racional, desvinculado de los hechos empíricos como los que aborda la psicología, y centrado en la razón. Su objetivo es revelar que el hombre no es un mero hecho mundano, sino el lugar desde donde emergen la razón, la verdad y la subjetividad trascendental.

En consecuencia, la investigación fenomenológica no parte del diseño previo de una teoría, sino del mundo tal como se conoce y se vive. Desde allí, se realiza un análisis descriptivo basado en las experiencias compartidas entre el investigador y los sujetos significativos. Es así como se obtienen señales e indicadores del entorno vivido, lo que permite interpretar la diversidad de símbolos y, con ello, comprender los procesos y estructuras sociales⁽⁷⁴⁾.

Considerando lo anterior, este tipo de investigación requiere métodos de estudio que permitan observar al ser humano como un ente indivisible, singular y único en el mundo, que vive, siente y percibe de manera individual y auténtica⁽⁷⁵⁾.

3.3 Método de la Investigación

Existen diversas taxonomías sobre los tipos de métodos en la investigación cualitativa. Tomando como referencia a Martínez, se identifican, entre otros, los métodos hermenéutico, etnográfico, de investigación-acción y de historias de vida (69). En el presente proceso investigativo, se utilizará el método hermenéutico para la construcción teorética.

El método hermenéutico es característico de la investigación interpretativa y, según Martínez, puede definirse de la siguiente manera: “En sentido amplio, este es el método que usa, consciente o inconscientemente, todo investigador y en todo momento, ya que la mente humana es, por su propia naturaleza, interpretativa, es decir, hermenéutica; trata de observar algo y buscarle significado. En sentido estricto, se aconseja utilizar las reglas y procedimientos de este método cuando la información recogida requiere de una continua hermenéutica. Es adecuado y aconsejable siempre que los datos o las partes de un todo se presten a diferentes interpretaciones”⁽⁶⁹⁾.

Desde esta perspectiva, el método hermenéutico implica que el investigador interprete los significados que los actores sociales atribuyen al objeto de estudio. Se trata de un enfoque mediante el cual se alcanza un conocimiento holístico y no

fragmentado, orientado a la comprensión y explicación profunda de una situación determinada. Así, este método se basa en un estudio exhaustivo del objeto sin descartar la intuición, y está intrínsecamente vinculado a la reflexión. Por ello, la hermenéutica tiene como intención esencial la profundización; al entrelazarse con los contenidos de la conciencia, persigue la interpretación, comprensión y explicación descriptiva, lo que permite el descubrimiento y la generación de un constructo teórico explicativo propio del autor. En este sentido, como lo afirma Rusque: “el mejor método para dilucidar el sentido de la acción es la comprensión”⁽⁷⁶⁾.

Por esta razón, aunque algunos consideran la hermenéutica únicamente como una propuesta metodológica de investigación, también puede entenderse como un ámbito para comprender el proceso de la racionalidad. Se trata, entonces, de analizar la actuación humana en el ejercicio de una razón orientada a la vida plena, así como los problemas actuales que enfrenta la humanidad en el campo de la significación teórica. En consecuencia, la hermenéutica pertenece a todos los ámbitos de la acción humana⁽⁷⁷⁾.

3.4 La Fenomenología Interpretativa como Método

La fenomenología, como método, se convierte en una vía para develar el significado esencial de las vivencias humanas, permitiendo que dicho significado sea fiel a las experiencias del sujeto estudiado. Esto la hace especialmente adecuada para su aplicación en el ámbito hospitalario, al ofrecer una forma de ver

y comprender los fenómenos desde la perspectiva de quienes los viven. En este caso, facilita el abordaje del fenómeno del vacío existencial ante la finitud de la vida, a partir de la experiencia subjetiva de los familiares de pacientes críticos ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), considerando su mundo de vida referencial y su percepción de la realidad social que construyen mediante la interacción, y en función de la cual actúan durante el proceso de enfermedad y muerte de su ser querido.

En este sentido, Husserl orienta el camino metódico para alcanzar la esencia de las cosas: "...toda vivencia que logre una mirada reflexiva, tiene una esencia propia, aprehensible, un contenido susceptible de ser contemplado en su peculiaridad"⁽⁷⁸⁾.

Es importante señalar que la fenomenología adquiere pleno sentido como método porque, según Husserl, "las formas de ser, que tienen un modo especial de darse, tienen también sus propios modos en cuanto a las formas de conocerlas". Es decir, solo llegando a la esencia de las cosas es posible conocerlas verdaderamente. De ahí que, a partir de las vivencias, se aspire a alcanzar la esencia que permite una comprensión profunda de la experiencia humana⁽⁵⁹⁾.

En coherencia con el método fenomenológico, la hermenéutica heideggeriana resultó ser la más adecuada para comprender las vivencias de los

familiares de pacientes críticos ingresados en una UCI, dado que esta se centra en el análisis del Ser (Dasein).

Así, como estructura analítica, la hermenéutica no solo facilitó la revelación plena de las preocupaciones existenciales del familiar frente al vacío existencial y la finitud de la vida, sino que también permitió una interpretación de los fenómenos desde una perspectiva existencial, constituyéndose la investigación como un abordaje fenomenológico-hermenéutico.

3.5 Aspectos Ontológicos: Razón y Naturaleza del Ser

Desde la perspectiva ontológica, se vislumbra la realidad del mundo del Ser, entendiéndose en el proceso investigativo que dicha realidad está constituida, fundamentalmente, por sistemas no lineales en todos sus niveles: biológico, psicológico, físico, químico y sociocultural. En este orden de ideas, Martínez expresa que “si observamos nuestro entorno, vemos que estamos inmersos en un mundo de sistemas [...] se trata de entidades complejas, formadas por partes en interacción mutua, cuya identidad resulta de una adecuada armonía entre sus constituyentes”⁽⁶⁹⁾.

En ese sentido, el autor considera que “cada parte de un sistema o estructura dinámica está íntimamente relacionada con las demás, y de esa manera, ningún elemento puede ser visto ni entendido de forma aislada, sino a través del rol, la posición, el papel o la función que desempeña dentro de ese sistema o estructura dinámica”⁽⁶⁹⁾.

Comprender estas interrelaciones conduce a valorar la importancia de las experiencias vividas y, por ende, a interpretar y comprender los fenómenos, lo heurístico, lo eidético, el conocimiento a flor de piel, denominado en la doxa como “conocimiento a mano”. Al respecto, Schütz lo define de la siguiente manera: “El conocimiento a mano es un concepto que surge en el mundo cotidiano del sentido común por derecho propio: se refiere a tipificaciones del mundo que hacen que cada uno de nosotros acepte el mundo, no sólo como existente, sino como preexistente a nuestro nacimiento; no sólo habitado por semejantes, sino también interpretado por ellos de manera típica”⁽⁸⁰⁾.

En otras palabras, se trata de las actuaciones particulares de cada ser humano ante una situación verdaderamente nueva o especialmente dolorosa, momentos en los cuales recurre a herramientas que forman parte de las estructuras mentales propias, construidas a partir de sus experiencias.

3.6 Fases del Diseño Metodológico

Se desarrollaron seis fases propuestas por Apps ⁽⁸¹⁾, con aportaciones de Spiegelberg ⁽⁸²⁾ adaptadas por el investigador a efectos de desarrollar, una metódica fenomenológica-hermenéutica del familiar de paciente crítico ingresado en una UCI:

1. Suspensión de Enjuiciamientos (epojé trascendental): Se recoge la información y el investigador se va familiarizando con el fenómeno objeto de estudio. Se distancia de las construcciones teóricas, creencias, cultura,

religión, posturas éticas que predeterminen la manera de percibir el fenómeno. Aquí, se establecen interacciones comunicativas para la conexión empática y establecimiento de relación investigador-familiar.

2. Descripción del fenómeno: Se presentan las vivencias en torno a la estadía del paciente en la UCI desde la perspectiva del familiar, describiéndolas de la manera más libre y rica posible.
3. Búsqueda de la esencia y la estructura: Búsqueda de la esencia y la estructura a través de un proceso reflexivo del análisis y organización de la información obtenida. Así mismo, se busca captar las estructuras del hecho y sus relaciones entre sí, mediante las categorías apriorísticas y emergentes.
4. Constitución de la significación: con la finalidad obtener el significado que le dan los informantes claves al fenómeno de estudio, para ello se profundiza en el estudio de la estructura de la esencia a partir de aspectos noético-noemáticos de la experiencia del familiar del paciente crítico para el desarrollo de vacío existencial ante la finitud de la vida para llegar a los eidos.
5. Interpretación del fenómeno: Aquí se da la significación del fenómeno
6. Construcción Teorética: Se genera una teorización eidética como Teorética del vacío existencial ante la finitud de la vida en los familiares de paciente crítico ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos.

3.7 Escenario e Informantes Clave

El escenario de la investigación corresponde al contexto físico, social o experimental en el que esta se desarrolla. Es sumamente importante describir con precisión el entorno donde tiene lugar la investigación, ya que los resultados y su interpretación puede depender en gran medida de dicho contexto⁽⁸³⁾.

Lo anteriormente expuesto nos lleva a considerar que, teóricamente, el escenario es concebido como una unidad en la cual es posible visibilizar los elementos que lo configuran. Esta concepción asegura la integridad en la aprehensión, el análisis, la comprensión y la interpretación del fenómeno en estudio, cumpliéndose así con los principios de la epistemología cualitativa, la cual propone el tránsito de la estructura al proceso, de las partes al todo, de la desarticulación a la integralidad, y del objetivismo a una realidad epistemológica global. En este caso, el escenario de la investigación lo constituyen las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de un centro hospitalario ubicado en Valencia, Venezuela.

Al respecto, Mèlich señala que uno de los principales obstáculos en la investigación cualitativa es el acceso al escenario, ya que puede entorpecer el logro de los objetivos propuestos, en la medida en que el investigador sea percibido como un forastero, ajeno a ese espacio sociocultural de convivencia⁽⁸⁴⁾.

No obstante, en el caso particular de esta investigación, el investigador forma parte del personal médico de la institución hospitalaria mencionada, siendo

este escenario su lugar habitual de trabajo. Esta situación facilita el acercamiento a los informantes clave del estudio, ya que el investigador es parte activa de dicho contexto, lo que le permite acceder sin dificultad y desenvolverse con libertad dentro del entorno.

En cuanto a la autorización para la aplicación de las técnicas e instrumentos de recolección de información, se solicitó previamente el permiso correspondiente, tanto de forma verbal como escrita, ante la dirección del hospital. Asimismo, se presentarán los acuerdos relacionados con los principios bioéticos, incluyendo los consentimientos informados de los familiares de los pacientes involucrados, quienes serán los informantes clave de la investigación.

3.8 Selección de los informantes

Los informantes clave fueron seleccionados de forma intencional entre familiares directos de tres (03) pacientes críticos. En una primera fase, y de acuerdo con las características noéticas, se les aplicó, previa explicación y consentimiento informado, el Test de Sentido de Vida (Purpose in Life Test o test PIL) de Crumbaugh y Maholick⁽⁸⁵⁾.

Este test mide la presencia o ausencia de vacío existencial y ha sido validado en países como España, Argentina y Colombia. Consta de veinte (20) ítems en una escala tipo Likert, cuyos valores oscilan entre uno (1) y siete (7), evaluando aspectos como la percepción del sentido de la vida, la vivencia de sentido de la vida y la actitud ante la muerte. De esta manera, valora el sentido de

la vida frente al vacío existencial en la persona, estableciendo que una puntuación igual o inferior a noventa y uno (91) indica una evidente carencia de sentido de vida o vacío existencial (ver Anexo).

Posteriormente, en una segunda fase, los informantes clave fueron sometidos a entrevistas en profundidad, con el fin de adentrarse en las vivencias durante su estancia en la UCI y comprender cómo estas experiencias configuran un nuevo ethos de vida, en el marco de una interacción cotidiana donde el investigador se desempeña como médico intensivista.

En cuanto al sentido de la vida o vacío existencial, Viktor Frankl sostiene que la búsqueda de sentido no depende de factores como sexo, raza, credo, nacionalidad, estatus social, situación afectiva o profesión, y que incluso en situaciones de sufrimiento extremo la persona no está impedida para encontrar un sentido a su vida⁽⁸⁶⁾.

3.9 Proceso de Recolección de la Información y Sistematización de las Vivencias.

En esta etapa, el investigador abordó a los informantes clave desde su llegada a la UCI, como preámbulo a la narración de sus vivencias, con la finalidad de establecer una interacción empática y de confianza que facilitara la aplicación del Test de Sentido de Vida y la entrevista en profundidad.

Como señala Leal, “la entrevista, en la investigación cualitativa, es un instrumento técnico que mantiene gran sintonía epistemológica con este enfoque,

así como con su teoría metodológica. Esta entrevista adopta la forma de un diálogo coloquial; es un encuentro cara a cara, no estructurado”⁽⁸⁷⁾.

El análisis e interpretación de la información se realizó mediante la Técnica de Análisis de Contenido, de la cual emergieron categorías que permitieron generar una visión descriptiva de los hallazgos a través de la categorización y la triangulación. Esto facilitó la construcción de significados, el desarrollo y la interpretación del vacío existencial ante la finitud de la vida en familiares de pacientes críticos, desde su vivencia en la UCI. Posteriormente, este proceso permitió configurar un vaivén recursivo entre comprensión e interpretación, en la generación de una teórica.

3.10 Procedimiento Metodológico

Para el desarrollo de la investigación se establecieron seis (6) etapas con el fin de sistematizar los resultados:

Primera Etapa: Diseño General de la Investigación

Comprende a su vez dos subfases: la primera se refiere a la revisión documental, en la cual se realizó la búsqueda bibliográfica con el objetivo de seleccionar diversas fuentes documentales y en línea relacionadas con el estudio, para extraer de cada una los elementos fundamentales que luego permitieron la elaboración del contexto teórico referencial. La segunda subfase dio inicio al trabajo de campo, partiendo de las entrevistas y transcripciones del instrumento

aplicado, lo que posibilitó la reflexión y comprensión de los fenómenos y realidades encontrados, de gran relevancia para el aporte doctoral.

Segunda Etapa: Descripción Protocolar

En esta fase se llevó a cabo el proceso de categorización de la información, mediante el cual se elaboraron matrices, columnas y filas para codificar los datos, facilitando así su análisis. Esto permitió identificar las relaciones entre los fenómenos para la construcción teórica.

Tercera Etapa: Categorización

Este proceso, según aclara Velásquez, consiste en “asignar categorías o clases significativas, ir constantemente diseñando y rediseñando, integrando y reintegrando el todo y las partes, a medida que se revisa el material y va emergiendo el significado de cada sector, párrafo, evento y hecho”⁽⁸⁸⁾. En ese mismo sentido, el autor expresa que “es la forma de lograr estructurar una imagen representativa y un patrón coherente en la lógica de lo que se quiere alcanzar; para darle mayor sentido a las partes y sus componentes, el investigador revisa los relatos para sintetizar las ideas o conceptos de la información obtenida” (88). Por tanto, la categorización consiste en resumir o sintetizar una idea o concepto a partir de un conjunto de información escrita, grabaciones o filmaciones para su manejo posterior, constituyendo así el dato cualitativo auténtico.

Cuarta Etapa: Triangulación

Dentro del marco de una investigación cualitativa, la triangulación ofrece la alternativa de visualizar un problema desde diferentes ángulos (sea cual sea el tipo de triangulación), lo que incrementa la validez y consistencia de los hallazgos⁽⁸⁹⁾. Además, la triangulación es útil para identificar las diversas formas en que un fenómeno puede ser observado⁽⁹⁰⁾. De esta manera, la triangulación no solo valida la información pertinente producto de las técnicas e instrumentos empleados, sino que también amplía y profundiza la comprensión del fenómeno de estudio. Por ello, la triangulación se realizó una vez concluido el trabajo de recopilación de información.

Entre los criterios de excelencia en la investigación cualitativa figuran los procesos de triangulación de fuentes, metodológica y teórica. En la presente investigación se llevó a cabo una triangulación metodológica que combinó tres (3) técnicas cualitativas: primero, un análisis basado en la plataforma tecnológica del software Atlas.ti; segundo, la aplicación del Test de Sentido de Vida; y tercero, la reflexión fenomenológica de Fermoso⁽⁶¹⁾. Estas tres técnicas aportaron solidez científica a la investigación mediante los criterios de consistencia y confirmabilidad que promueve Ruiz, quien afirma que “garantizan la rastreabilidad de los registros y la coherencia en los hallazgos”⁽⁹¹⁾.

Quinta Etapa: Desarrollo

Desde la hermenéutica de los relatos obtenidos, se presenta la narrativa

descriptiva y su constatación con los referentes teóricos, lo cual permitió visualizar con profundidad aquellos aspectos que develan el fenómeno de estudio.

Sexta Etapa: Teorización o Teorética

En esta fase se presenta una síntesis descriptiva, matizada con los hallazgos, aceptando y utilizando las teorías que representan las conclusiones científicas del trabajo realizado. Se puede señalar que, según Martínez, “la teoría es una construcción mental, verbal o icónica, de naturaleza conjetural o hipotética, que obliga a pensar de un modo nuevo, a completar, integrar, unificar, sistematizar o interpretar un cuerpo de conocimiento que hasta ese momento se consideraba incompleto e impreciso”⁽⁹²⁾. Por tanto, la teoría constituye para el investigador un modelo que ofrece una estructura conceptual intangible, sistemática y coherente para ordenar los fenómenos de la investigación.

De acuerdo con esto, la teorética utiliza todos los medios disponibles para lograr la síntesis final de un estudio de investigación. Este proceso busca integrar los aportes de los autores reseñados, en el momento epistemológico y metodológico adecuado, donde las conjetas dependen de las conexiones establecidas entre los fenómenos estudiados tras el trabajo de categorización.

3.1.1 Rigor Científico que sustenta de la investigación

La calidad de una investigación está determinada, en buena parte, por el rigor científico, debido a ello, la presente investigación, se sustenta en los cuatro

procedimientos propuestos por Guba, et al⁽⁹³⁾ que permiten determinar la fiabilidad de la información:

- **Credibilidad:** viene dada por el grado de confianza con que la información recabada se apega a la verdad y se demuestra. Coffey, et al⁽⁹⁴⁾ lo señala como el uso correcto y adecuado de recursos, y procedimientos técnicos durante todo el proceso investigativo. En este aspecto Díaz C señala: la documentación recabada desde el inicio hasta la culminación, entendiéndose con esto, los apuntes, entrevistas grabadas, las transcritas, notas y agendas personales⁽⁹⁵⁾. Además, los consentimientos informados y hoja de resúmenes presentados a los entrevistados, y finalmente la evaluación por capítulo del tutor(a).
- **Confirmabilidad:** denota el tema que habla de la objetividad, de la información e implica, otras personas, concuerden con respecto a la pertinencia o significado de los datos, como lo indica Ruiz pero también refiere el autor, como la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha realizado⁽⁸⁴⁾. En este caso es necesario, un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio⁽⁹⁵⁾.
- **Transferibilidad:** implica que los hallazgos tengan significado, para otros en situaciones similares, es decir se refiere a las posibilidades que los resultados, se puedan transferir o aplicar a otra persona, con contextos y

características similares. Y cómo dice Plaza et al “esto es posible porque en la investigación cualitativa, cualquier sujeto que pertenezca al grupo específico de estudio, es considerado representativo de aquel grupo”. Por lo tanto, la experiencia de cualquier persona, si está bien descrita, representa una parte de la vida del mundo⁽⁹⁵⁾. Solo queda la tarea de establecer, qué posición tiene en relación al grupo del que forma parte y por supuesto el significado de sus narraciones en cuanto a las experiencias de vida.

- **Formalidad:** según las recomendaciones de Polit et al, esta habla de la estabilidad, en el tiempo y frente a diversas situaciones, lo que hace la investigación auditabile en el tiempo⁽⁹⁵⁾.

3.1.2 Consideraciones éticas de la investigación

Toda investigación debe realizarse de acuerdo con la ley y siguiendo principios éticos rigurosos, lo que beneficia no solo a los participantes, sino potencialmente a toda la humanidad⁽⁹⁶⁾.

El hecho de investigar temas tan sensibles y delicados como el sentido de la vida, la finitud de la misma y el vacío existencial en familiares de pacientes críticos en una Unidad de Cuidados Intensivos requiere que el abordaje se haga con un alto grado de tacto axiológico, dado que los entrevistados se encuentran en situaciones vivenciales muy emotivas.

Consciente de las implicaciones éticas en el quehacer científico⁽⁹⁷⁾, así como de la diversa legislación desarrollada en este contexto, la presente

investigación se llevará a cabo conforme a la normativa vigente que asegura el respeto a la dignidad humana, la autonomía de la voluntad, y la protección de los datos (privacidad y confidencialidad), todo ello bajo el resguardo de un consentimiento informado.

En cuanto al consentimiento informado, la literatura bioética ha tratado extensamente sobre este tema⁽⁹⁸⁾, a veces considerándolo un requisito meramente burocrático para la investigación⁽⁹⁹⁾, o un documento legal de protección para los investigadores⁽¹⁰⁰⁾.

Para Vargas L., Flisser A. y Kawa S., el consentimiento informado es un proceso delicado que comienza con el contacto inicial con el participante o participantes del proyecto, mediante la entrega de información comprensible y no sesgada, respondiendo a las preguntas a medida que surjan y asegurando que cada participante comprenda adecuadamente lo que sucederá durante la investigación. Este proceso evidencia el respeto por la dignidad y el reconocimiento de la autonomía de los participantes, quienes deben tomar una decisión libre y sin coerción⁽¹⁰⁰⁾.

Atendiendo estas consideraciones, como investigador tengo el deber y la responsabilidad de informar de manera clara y completa la finalidad de la investigación y el uso que se dará a la información. Asimismo, debo cerciorarme de que el participante comprenda adecuadamente toda la información relacionada con el estudio y su rol dentro del mismo.

El consentimiento informado para esta investigación incluirá los elementos propios de un formato general, tales como: el objetivo del estudio, los beneficios, la confidencialidad de la información, la advertencia de que la recolección de datos será grabada en audio (únicamente las conversaciones autorizadas), y la libertad de los participantes para retirarse de la investigación cuando lo consideren pertinente.

ESCENARIO IV

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

“La teoría en la investigación cualitativa no es un punto de partida, sino un destino al que se llega a través de un viaje de descubrimiento.”

K. Charmaz

El análisis de los resultados obtenidos en este estudio busca comprender cómo los familiares de pacientes ingresados en una UCI enfrentan el vacío existencial y la conciencia de la finitud de la vida. A través de la interpretación de los datos recolectados, se pretende identificar patrones de pensamiento, respuestas emocionales y mecanismos de afrontamiento, el papel que juegan factores como la espiritualidad, el apoyo social y la percepción del sufrimiento; así como visibilizar la dimensión existencial del acompañamiento en contextos críticos no solo sobre lo que los familiares expresan explícitamente, sino también las tensiones internas, silencios y metáforas que dan cuenta de su vivencia existencial.

Entrevista Nº 1

Entrevistador: CF

Entrevistado: Familiar 1 (Hijo)

RELATO:

Me siento mal. En mi vida no había experimentado esta sensación de vacío que siento. En mi caso mi madre lo es todo. Y siento ahora mismo que una parte de

mí no está. A pesar de que no ha muerto, ya me han comentado los doctores que hay una alta probabilidad de morir.

La miro ahora mismo sedada, vulnerable en esa cama con tantos aparatos encima que ya no es la misma. Siempre ha sido una mujer fuerte, independiente y ahora esta indefensa. Me da mucha tristeza eso. Es un choque emocional tremendo.

En las pocas oportunidades que pudo haber tenido algún problema y estar afectada podía hacer algo al respecto. Pero lo que está pasando, yo no puedo hacer nada más allá de darle compañía. Yo no tengo claro una solución a lo que está viviendo.

Y más allá de imaginarme que saldrá de esto, siento es lo contrario, mis pensamientos están en que ya no estará más conmigo. Y sufro por eso.

Ayer salí del hospital, y me sentí tan mal pero tan mal de que podía suceder cualquier cosa mientras no estaba, y eso incremento más mi angustia, mi ansiedad. Hubo un momento en el cual caminaba inerte, sin rumbo, era como que todo lo que estaba alrededor mío no existiera. No que no existiera, era como si yo no formara parte de este mundo, que todo a mí alrededor tenía su lugar pero yo no. Fue una sensación muy extraña que nunca había sentido. Soledad, desprotección, ansiedad, miedo.

El sufrimiento es terrible, no debería existir ese sentimiento. Podríamos aprender de la vida sin necesidad de sufrir. No sé qué opinar sobre la muerte. No lo tengo claro. Quizás no deberíamos ser eternos, pero no encuentro ahora mismo, no se razonar. Algo debería existir. Algo como que borren de tu memoria, todo lo que has vivido con esa persona que muere, para no sufrir.

Sobre el vacío existencial o pérdida del sentido de la vida, creo ahora mismo quizás me esté pasando eso. Y no se lo deseo a nadie (llanto).

Se presenta en el Cuadro Nº1, el proceso de categorización de la información

**CUADRO 1
PROCESO DE CATEGORIZACIÓN**

Nº	Entrevista	Categorías
1	Me siento mal.	Estado de ánimo Sensación de vacío Valor del familiar Ausencia
2	En mi vida no había experimentado esta sensación de vacío que siento.	
3	A pesar de que no ha muerto, ya me han comentado	
4	los doctores que hay una alta probabilidad de morir.	
5	La miro ahora mismo sedada, vulnerable	Vulnerabilidad Contraste de actitudes
6	en esa cama con tantos aparatos encima	
7	que ya no es la misma.	
8	Siempre ha sido una mujer fuerte, independiente	
9	y ahora esta indefensa.	
10	Me da mucha tristeza eso.	Sentimiento de tristeza Dolor emocional
11	Es un choque emocional tremendo.	
12	En las pocas oportunidades que pudo haber tenido	Impotencia Compañía
13	algún problema y estar afectada podía hacer	
14	algo al respecto. Pero lo que está pasando, yo no	
15	puedo hacer nada más allá de darle compañía	
16	Yo no tengo claro una solución a lo que está viviendo.	Reflexiones de realidad Muerte anticipada Sufrimiento
17	Y más allá de imaginarme que saldrá de esto, siento	
18	es lo contrario, mis pensamientos están en que ya no	
19	estará más conmigo Y sufro por eso.	
20	Ayer salí del hospital, y me sentí tan mal pero	
21	tan mal de que podía suceder cualquier cosa	

Nº	Entrevista	Categorías
22	mientras no estaba, y eso incremento más mi	Angustia Miedo Ansiedad
23	angustia, mi ansiedad.	
24	Hubo un momento en el cual caminaba inerte,	
25	sin rumbo, era como que todo lo que estaba	
26	alrededor mío no existiera.	
27	No que no existiera, era como si yo no formara	
28	parte de este mundo, que todo a mí alrededor	
29	tenía su lugar pero yo no.	
30	Fue una sensación muy extraña que nunca	Vacío existencial
31	había sentido. Caminaba sin rumbo.	
32	. No me sentía humano. Fue como un trance	
33	. Me costó recuperar esa sensación al llegar de	
34	nuevo al hospital.	
35	Creo que en estos momentos, el poco consuelo que	Consuelo Resignacion
36	puedo tener, es que a pesar de como esta, estoy cerca	
37	de ella. Alejarme me pone peor.	
38	Pido mucho mucho para que mi mama	Esperanza Fe Nimio consuelo Emociones experimentadas
39	mejore. No sabes cuánto (lagrimas) le he	
40	hecho muchas promesas si llega a salir bien	
41	de esto, pero eso no me calma. No calma	
42	como me siento.	
43	ENT: ¿Qué opinión tiene sobre la muerte?	Poca claridad sobre la muerte Evasión del sufrimiento
44	No lo sé. No lo tengo claro.	

Nº	Entrevista	Categorías
45	Quizás no deberíamos ser eternos, pero no	
46	encuentro ahora mismo, no se razonar.	
47	Algo debería existir. Algo como que borren de	
48	tu memoria, todo lo que has vivido con esa	
49	persona que muere, para no sufrir.	
50	ENT: ¿Qué opinión tiene sobre el vacío	
51	existencial o pérdida del sentido de la vida?	
52	Creo ahora mismo quizás me esté pasando	
53	eso. Y no se lo deseo a nadie (llanto).	

Fuente: Franco Sánchez (2025)

Una vez categorizada la información, se procede con el apoyo del Programa Atlas.ti, para realizar el proceso de la primera triangulación metodológica.

**FIGURA Nº 2
CATEGORIZACIÓN DEL PROGRAMA ATLAS.TI.– SEGMENTO A**



Fuente: Franco Sánchez (2025)

FIGURA Nº 3
CATEGORIZACIÓN DEL PROGRAMA ATLAS.TI.– SEGMENTO B.

Entrevista	Códigos																								
<p>ENT: ¿Puede describir cuáles son sus emociones?</p> <p>Familiar 1: Tristeza, soledad, desprotección, ansiedad, miedo.</p> <p>ENT: Entiendo. ¿Qué opinión le da a usted el sufrimiento?</p> <p>Familiar 2: Que es terrible, no debería existir ese sentimiento. Podriamos aprender de la vida sin necesidad de sufrir.</p> <p>ENT: ¿Qué opinión tiene sobre la muerte?</p> <p>Familiar 1: No lo sé. No lo tengo claro. Quizás no deberíamos ser eternos, pero no encuentro ahora mismo, no se razonar. Algo debería existir. Algo como que borren de tu memoria, todo lo que has vivido con esa persona que muere, para no sufrir.</p> <p>ENT: ¿Qué opinión tiene sobre el vacío existencial o pérdida del sentido de la vida?</p> <p>Familiar 1: Creo ahora mismo quizás me esté pasando eso. Y no se lo deseó a nadie (llanto).</p> <p>ENT: Finalmente, ¿Algo más que quiera agregar?</p> <p>Familiar 1: No.</p> <p>ENT: Gracias.</p>	<table border="1" style="width: 100px; margin-bottom: 10px;"> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>Ansiedad</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>Desprotección</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>Miedo</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>Soledad</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>Tristeza</td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100px; margin-bottom: 10px;"> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>Rechazo al sufrimiento</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>Vivir sin sufrimiento</td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100px; margin-bottom: 10px;"> <tr><td style="text-align: center;">1/2 O NO SABO OTRO</td><td>Falta de claridad</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>Imposibilidad de razonamiento</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>Memoria/sufrimiento</td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100px;"> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>Manifestación del sufrimiento</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>Visión negativa del vacío existe...</td></tr> </table>	1	Ansiedad	1	Desprotección	1	Miedo	1	Soledad	1	Tristeza	1	Rechazo al sufrimiento	1	Vivir sin sufrimiento	1/2 O NO SABO OTRO	Falta de claridad	1	Imposibilidad de razonamiento	1	Memoria/sufrimiento	1	Manifestación del sufrimiento	1	Visión negativa del vacío existe...
1	Ansiedad																								
1	Desprotección																								
1	Miedo																								
1	Soledad																								
1	Tristeza																								
1	Rechazo al sufrimiento																								
1	Vivir sin sufrimiento																								
1/2 O NO SABO OTRO	Falta de claridad																								
1	Imposibilidad de razonamiento																								
1	Memoria/sufrimiento																								
1	Manifestación del sufrimiento																								
1	Visión negativa del vacío existe...																								

Fuente: Franco Sánchez (2025)

El proceso de triangulación metodológica con el apoyo del Programa Atlas.ti., confirma que la información categorizada se corresponde realmente con el discurso de los informantes, lo que contribuye con el rigor científico de la investigación. En el Cuadro N° 2, se refleja esta síntesis.

CUADRO 2
SUMARIO DE LAS CATEGORÍAS Y CÓDIGOS.

CITA	CATEGORIA	CÓDIGOS ATLAS TI
<p><i>“Tristeza, soledad, desprotección, ansiedad, miedo”.</i></p> <p>(2321:2372) - D 1: Familiar1_doc_prim_1</p>	Ansiedad	Desprotección Miedo Soledad Tristeza
<p><i>“Y siento ahora mismo que una parte de mí no está. A pesar de que no ha muerto, ya me han comentado los doctores que hay una alta probabilidad”.</i></p> <p>(614:755) - D 1: Familiar1_doc_prim_1</p>	Anticipación a la muerte	Muerte anticipada

CITA	CATEGORIA	CÓDIGOS ATLAS TI
<p><i>“Pido mucho mucho para que mi mamá mejore. No sabes cuánto (lagrimas) le he hecho muchas promesas si llega a salir bien de esto, pero eso no me calma. No calma como me siento”.</i></p> <p>(2060:2261) - D 1: Familiar1_doc_prim_1</p>	Promesa trascendental	Ausencia de calma Visión religiosa
<p><i>“Me costó recuperar esa sensación al llegar de nuevo al hospital. Creo que en estos momentos, el poco consuelo que puedo tener, es que a pesar de como esta, estoy cerca de ella”.</i></p> <p>(1883:2059) - D 1: Familiar1_doc_prim_1</p>	Cercanía	Compañía Consuelo
<p><i>“Es un choque emocional tremendo”.</i></p> <p>(956:987) - D 1: Familiar1_doc_prim_1</p>	Choque emocional	Dolor emocional
<p><i>“En las pocas oportunidades que pudo haber tenido algún problema y estar afectada podía hacer algo al respecto. Pero lo que está pasando, yo no puedo hacer nada más allá de darle compañía”.</i></p> <p>(989:1175) - D 1: Familiar1_doc_prim_1</p>	Compañía	Valor familiar Impotencia
<p><i>“Me costó recuperar esa sensación al llegar de nuevo al hospital. Creo que en estos momentos, el poco consuelo que puedo tener, es que a pesar de como esta, estoy cerca de ella”.</i></p> <p>(1883:2059) - D 1: Familiar1_doc_prim_1</p>	Consuelo	Cercanía Consolación
<p><i>“Tristeza, soledad, desprotección, ansiedad, miedo”.</i></p> <p>2321:2372) - D 1: Familiar1_doc_prim_1</p>	Desprotección	Ansiedad Miedo Soledad Tristeza

CITA	CATEGORIA	CÓDIGOS ATLAS TI
<p><i>“Ayer salí del hospital, y me sentí tan mal pero tan mal de que podía suceder cualquier cosa mientras no estaba, y eso incremento más mi angustia, mi ansiedad. Hubo un momento en el cual caminaba inerte, sin rumbo, era como que todo lo que estaba alrededor mío no existiera. No que no existiera, era como si yo no formara parte de este mundo, que todo a mí alrededor tenía su lugar pero yo no. Fue una sensación muy extraña que nunca había sentido. Caminaba sin rumbo. No me sentía humano. Fue como un trance”.</i></p> <p>(1374:1881) - D 1: Familiar1_doc_prim_1</p>	Enajenación	Suspensión Experiencia subjetiva Trance
<p><i>“Yo no tengo claro una solución a lo que está viviendo. Y más allá de imaginarme que saldrá de esto, siento es lo contrario, mis pensamientos están en que ya no estará más conmigo”.</i></p> <p>(1177:1355) - D 1: Familiar1_doc_prim_1</p>	Sufrimiento	Visión pesimista
<p><i>“Algo debería existir. Algo como que borren de tu memoria, todo lo que has vivido con esa persona que muere, para no sufrir”</i></p> <p>(2604:2836) - D 1: Familiar1_doc_prim_1</p>	Suprimir los recuerdos.	Rechazo al sufrimiento
<p><i>“En las pocas oportunidades que pudo haber tenido algún problema y estar afectada podía hacer algo al respecto. Pero lo que está pasando, yo no puedo hacer nada más allá de darle compañía”.</i></p> <p>(989:1175) - D 1: Familiar1_doc_prim_1</p>	Impotencia	Acompañamiento
<p><i>“Creo ahora mismo quizás me esté pasando eso. Y no se lo deseo a nadie”</i></p> <p>(2934:3013) - D 1: Familiar1_doc_prim_1</p>	Manifestación del sufrimiento	Visión negativa del vacío existencial
<p><i>“Que es terrible, no debería existir ese sentimiento”</i></p> <p>(2443:2493) - D 1: Familiar1_doc_prim_1</p>	Rechazo al sufrimiento	Vivir sin sufrimiento
<p><i>“En mi vida no había experimentado esta sensación de vacío que siento”.</i></p> <p>(512:581) - D 1: Familiar1_doc_prim_1</p>	Sensación de vacío	Emociones no experimentadas
<p><i>“Y sufro por eso”.</i></p>	sufrimiento	Manifestación de

CITA	CATEGORIA	CÓDIGOS ATLAS TI
(1357:1372) - D 1: Familiar1_doc_prim_1		dolor
<i>"En mi caso mi madre lo es todo"</i> (582:611) - D 1: Familiar1_doc_prim_1	Valor afectivo	Valor familiar
<i>"Me siento mal".</i> (497:510) - D 1: Familiar1_doc_prim_1	Estado de ánimo	Tristeza
<i>"Yo no tengo claro una solución a lo que está viviendo. Y más allá de imaginarme que saldrá de esto, siento es lo contrario, mis pensamientos están en que ya no estará más conmigo".</i>	Pesimismo	Falta de claridad Desconsuelo

Fuente: Franco Sánchez (2025)

Continuando con el rigor científico de la investigación para su validez y confiabilidad se presenta el proceso de la segunda triangulación metodológica, a través del Test Pil (Sentido de la Vida).

CUADRO 3 TEST PIL (SENTIDO DE LA VIDA)

	1	2	3	4 Neutral	5	6	7
1-Generalmente me encuentro:	Aburrido	2					Entusiasmado
2-La vida me parece	Aburrida		3				Emocionante
3-En la vida tengo:	Ninguna meta			4			Muchas metas y anhelos definidos
4-Mi existencia personal es:	Sin sentido ni propósito		3				Llena de sentidos y propósitos
5-Cada día es:	Exactamente igual						Siempre nuevo y diferente

	1	2	3	4 Neutral	5	6	7
6-Si pudiera elegir:	Nunca habría nacido			4			Tendría otras nueve vidas iguales a esta
7-Después de jubilarme:	Holgazanearía el resto de mi vida						Haría las cosas emocionantes que siempre deseé realizar
8-En el logro de mis metas vitales:	No he conseguido ningún progreso				5		He llegado a mi realización completa
9-Mi vida es:	Vacía y llena de desesperación	2					Un conjunto de cosas buenas y emocionante
10-Si muriera hoy, me parecería que mi vida ha sido:	Una completa basura)	2					Muy valiosa
11-Al pensar en mi propia vida:	Me pregunto a menudo la razón por la que existo	2					Siempre encuentro razones para vivir
12-Tal y como yo lo veo en relación con mi vida, el mundo:	me confunde por completo						Se adapta significativamente a mi vida
13-Me considero:	Una persona irresponsable						Una persona muy responsable
14-En cuanto a la libertad de que dispone para hacer sus propias elecciones, creo que el hombre es:	Completamente esclavo de las limitaciones de la herencia y del ambiente	2					Absolutamente libre de hacer todas sus elecciones vitales
15-Con respecto a la muerte, estoy:	Falto de preparación y atemorizado						Preparado y sin temor
16-Con respecto al suicidio:	Lo he considerado seriamente como una salida a mi situación			4			Nunca le he dedicado un segundo de pensamiento

	1	2	3	4 Neutral	5	6	7
17-Considero que mi capacidad para encontrar un significado, un propósito en la vida es:	Prácticamente nula		3				Muy grande
18-Mi vida está:	Fuera de mis manos y controlada por factores externos						En mis manos y bajo mi control
19-Enfrentarme a mis tareas cotidianas supone:	Una experiencia dolorosa y aburrida		3				Una fuente de placer y satisfacción
20-He descubierto:	Ninguna misión o propósito en mi vida	2					Metas claras y un propósito satisfactorio para mi vida
Puntuaciones	4	12	12	12	5	0	7
Total de puntos	52 puntos						

Interpretación: Al tener en cuenta el total máximo de 140 puntos del test PIL, considera que quienes obtienen puntuaciones inferiores a 90 se encuentran en un estado de vacío existencial.

La sumatoria del Test Pil (Sentido de la Vida) correspondiente al familiar 1, es de un total de **52 puntos**, reportando que dicho informante se encuentra en un **estado de vacío existencial**, el cual queda reflejado en las respuestas a las preguntas realizadas durante la entrevista:

ENT: Puede comentarme sobre la vivencia que ha tenido desde que su familiar ingreso a la UCI.

Me siento mal. En mi vida no había experimentado esta sensación de vacío que siento. En mi caso mi madre lo es todo. Y siento ahora mismo que una parte de mí no está. A pesar de que no ha muerto, ya me han comentado los doctores que hay una alta probabilidad. Me da mucha tristeza eso. Es un choque emocional tremendo, mis pensamientos están en que ya no estará más conmigo. Y sufro por eso. Ayer salí del hospital, y me sentí tan mal pero tan mal de que podía suceder cualquier cosa mientras no estaba, y eso incrementó más mi angustia, mi ansiedad. Hubo un momento en el cual caminaba inerte, sin rumbo, era como que todo lo que estaba alrededor mío no existiera. No que no existiera, era como si yo no formara parte de este mundo, que todo a mí alrededor tenía su lugar pero yo no. Fue una sensación muy extraña que nunca había sentido. Caminaba sin rumbo. No me sentía humano. Fue como un trance. Me costó recuperar esa sensación al llegar de nuevo al hospital. Creo que en estos momentos, el poco consuelo que puedo tener, es que a pesar de como esté, estoy cerca de ella. Alejarme me pone peor. Le pido mucho mucho para que mi mama mejore. No sabes cuánto (lagrimas) le he hecho muchas promesas si llega a salir bien de esto, pero eso no me calma. No calma como me siento.

ENT: Puede describir cuáles son sus emociones

Tristeza, soledad, desprotección, ansiedad, miedo.

ENT: ¿Qué opinión le da a usted el sufrimiento?

Que es terrible, no debería existir ese sentimiento. Podríamos aprender de la vida sin necesidad de sufrir.

ENT: ¿Qué opinión tiene sobre la muerte?

No lo sé. No lo tengo claro. Quizás no deberíamos ser eternos, pero no encuentro ahora mismo, no se razonar. Algo debería existir. Algo como que borren de tu memoria, todo lo que has vivido con esa persona que muere, para no sufrir.

ENT: ¿Qué opinión tiene sobre el vacío existencial o pérdida del sentido de la vida?

Creo ahora mismo quizás me esté pasando eso. Y no se lo deseo a nadie (llanto).

Fuente: Franco Sánchez (2025)

Continuando con el rigor científico de la investigación para su validez y confiabilidad se presenta a continuación el cuadro N° 4, en el cual se describe la tercera triangulación interna.

**CUADRO 4
TRIANGULACIÓN REFLEXIÓN FENOMENOLÓGICA**

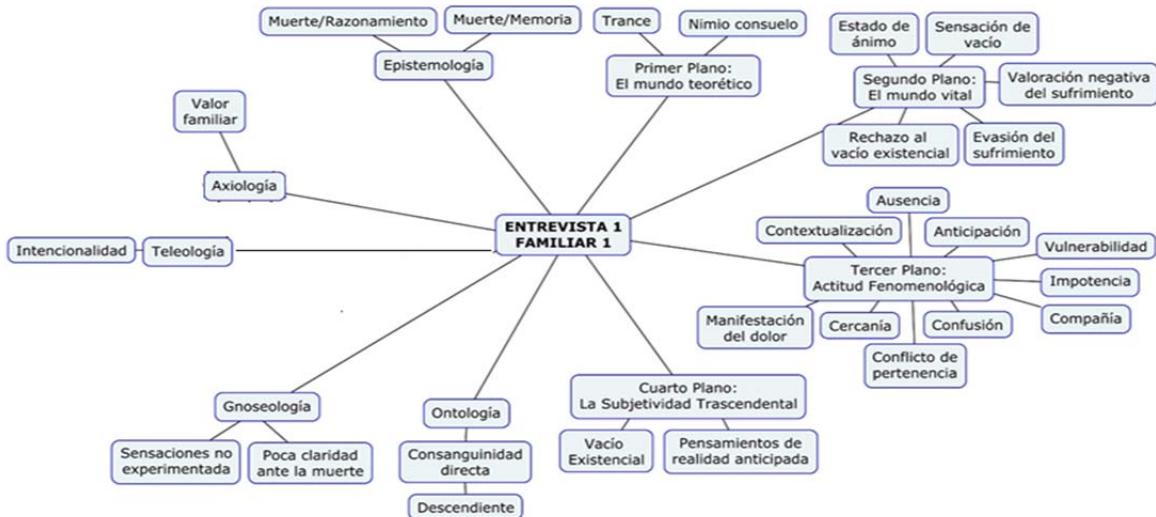
SUFBAMILIA	EVIDENCIA FENOMENOLÓGICA	CATEGORÍA
Primer plano: El mundo teórico	Línea: 17	Reflexiones de realidad
	Línea: 2	Sensación de vacío
	Líneas: 18-19	Muerte anticipada
Segundo plano: El mundo vital	Línea: 1	Estado de ánimo
	Líneas: 20-21-22-23-24-25-26-27-28-29	Enajenación
	Líneas: 47-48-49	Valoración negativa del sufrimiento
	Líneas: 52-53	Evasión del sufrimiento Rechazo al vacío existencial
Tercer plano: Actitud	Líneas: 5-6-7-8-9	Vulnerabilidad Impotencia
	Líneas: 10-11	Manifestación del dolor Imposibilidad de calma
	Línea: 15	Cercanía

SUBFAMILIA	EVIDENCIA FENOMENOLÓGICA	CATEGORÍA
fenomenológica		Compañía
	Líneas: 18-19	Anticipación de la muerte Ausencia
Cuarto plano: La subjetividad trascendental	Líneas: 30-31-32-33-34	Pensamientos de realidad anticipada Vacío existencial
Ontológico	Líneas: 38-39-40-41-42	Sensaciones no experimentadas
Gnoseológico	Línea: 44	Claridad sobre la muerte

Fuente: Franco Sánchez (2025)

Seguidamente, se presenta en la Figura N° 4, la visión esquemática de las triangulaciones realizada los cuales se asocian explícitamente.

FIGURA 4



Fuente: Franco Sánchez (2025)

REFLEXIÓN CONCLUYENTE 1: LO HERMENÉUTICO

Una vez plasmado los procesos de triangulación, se presenta la Reflexión Concluyente de la entrevista 1, en la cual se analizó hermenéuticamente lo relatado y descrito por parte del informante.

El panorama general de interpretación de la realidad abordada cualitativamente apunta a la actitud fenomenológica, en este primer caso, representada por las vivencias y las experiencias del informante clave en relación con la situación de su familiar, quien enfrenta la posibilidad de abandonar la existencia. Entre las razones del conocimiento con las que se vinculan la mayoría de las categorías figuran el Ser y sus valores; es decir, las perspectivas ontológica y axiológica.

Al abordar la hermenéutica emergente, en esta primera entrevista, en el plano inicial, que se ha denominado *mundo teorético*, se manifiestan categorías como Reflexiones de realidad, Sensación de vacío y Muerte anticipada, lo que refleja un componente de comprensión de la realidad frente al contexto que es desolador.

En el segundo plano, que se identifica como *mundo vital*, se devela en el informante clave un estado de ánimo desesperanzador, generado por una sensación de vacío que desencadena un rechazo al sufrimiento por que éste se asume como un elemento negativo. En este contexto, se equipara la sensación de vacío con un sentimiento de rechazo a ese vacío existencial como categoría que

refuerza una realidad interna que experimenta el familiar del paciente en estado crítico ante la posibilidad de morir.

La actitud fenomenológica, en el tercer plano, ostenta la mayor cantidad de categorías que se organizan en el eje del campo semántico de actitud frente a la finitud de la vida; en vista de que el familiar anticipa la muerte y reflexiona sobre la vulnerabilidad del ser humano contextualizando la situación que enfrenta el paciente que lucha por su vida y por él quien le acompaña en este proceso vital de existencialidad. Emergen sentimientos de confusión, manifestaciones del dolor y conflictos de pertenencia que matizan la experiencia de vida del entrevistado.

El en cuarto plano, etiquetado como la subjetividad transcendental, se experimenta el vacío existencial ante los pensamientos negativos y nefastos de una realidad anticipada, dado la muerte no se ha hecho presente, pero se presente al deambular en la mente de quien acompaña al paciente en estado crítico. Ontológicamente, se enfrenta la muerte de un ser que se vincula con el familiar por consanguinidad directa, ya que forma parte de su descendencia.

Desde la perspectiva gnoseológica, se devela claridad ante la muerte, que conllevan a que el entrevistado se enfrente a sensaciones que anteriormente no había experimentado. La finitud de la vida, evidencia vivencias del vacío existencial que está marcada por la confusión, el rechazo y la negación. El razonamiento de una visión existencial no aceptada y la anticipación de la muerte se materializan en el plano físico y se vive espiritualmente.

CUADRO 5

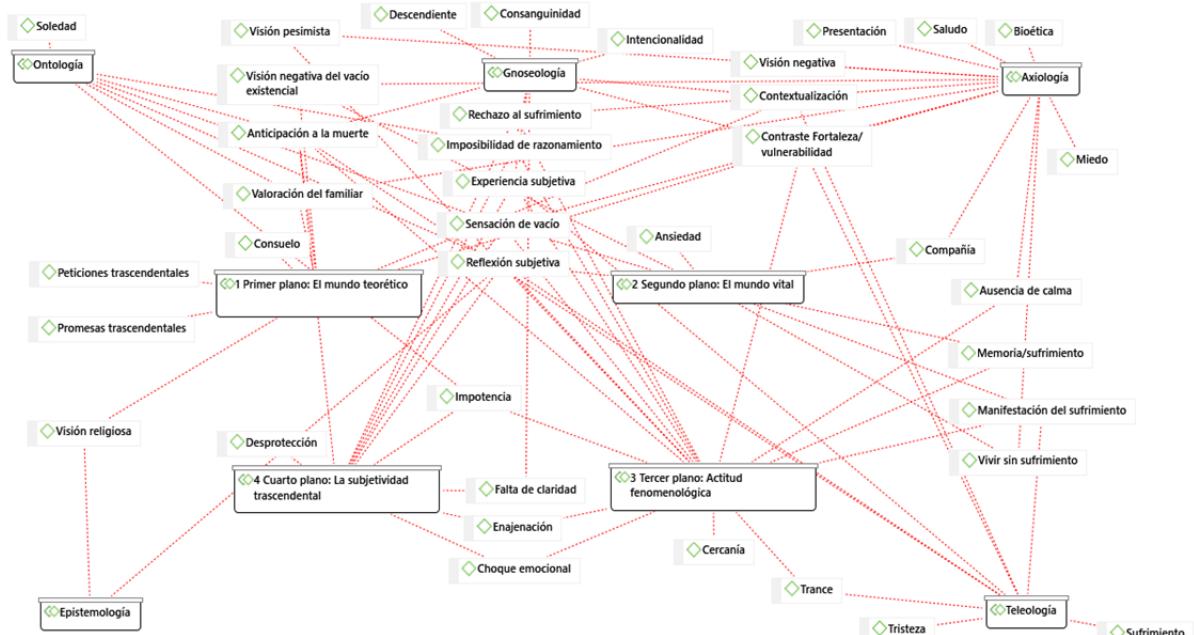
FINITUD DE LA VIDA	VACÍO EXISTENCIAL
A pesar de que no ha muerto, ya me han comentado los doctores que hay una alta probabilidad de morir. Ya no estará más conmigo.	<p>En mi vida no había experimentado esta sensación de vacío que siento.</p> <p>Mi madre lo es todo.</p> <p>Una parte de mí no está.</p> <p>Me da mucha tristeza eso</p> <p>Yo no tengo claro una solución</p> <p>Y sufro por eso.</p> <p>era como si yo no formara parte de este mundo,</p> <p>No me sentía humano.</p> <p>Alejarme me pone peor.</p> <p>No calma como me siento. Tristeza, soledad, desprotección, ansiedad, miedo.</p> <p>Algo como que borren de tu memoria, todo lo que has vivido con esa persona que muere, para no sufrir.</p>

Fuente: Franco Sánchez (2025)

En la Figura N° 5 se presenta la red de relaciones entre las categorías presentes en la Reflexión Concluyente.

De manera cíclica y en forma recurrente, se presentan los aportes del segundo informante, quien posee una relación filial distinta al primero, pero que en condiciones similares enfrenta la difícil situación de enfrentar la potencial muerte de un ser querido.

FIGURA 5
REFLEXIÓN CONCLUYENTE
RED DE RELACIONES ENTRE CATEGORÍAS



Diseño: Franco Sánchez (2025)

Entrevista Nº 2

Entrevistador: CF

Entrevistado: Familiar 2 (Hermana)

Relato:

Bueno sí. (Suspiro) La verdad estoy viviendo mucho estrés. Yo soy la única persona que he estado con él estos días. Ha sido un gran impacto, intentando tener un recuerdo de la última vez que lo vi normal antes de que pasara todo. No entiendo que sucede. Trate de luchar para eso. Desde que lo encontré en casa todo ha cambiado en mí, no me siento la misma persona, estoy viviendo algo muy duro. Nadie se imagina por lo que estoy pasando, han sido muchas cosas como etapas, primero al encontrarlo en casa inconsciente, desde que llame la ambulancia a llegar acá intentando todo lo posible por hacer algo para salvarle la vida. Luego al llegar me dijeron estaba en paro terminó de salir del paro lo

ingresaron en UCI. Ahora mismo mis pensamientos de futuro no están claros al tener un inmenso miedo a que fallezca. Son cosas a los cuales no estás preparado. Tengo en mente de forma repetida es en que fallamos y que se falló, son preguntas que me hago. O no sé qué a lo mejor que lo que yo intento decirme a mí a lo mejor ese cuerpo estaba muy deteriorado e iba a suceder así fuese lo que hicéramos. Siento que he perdido esa parte positiva, de positivismo, de optimismo no pensaba en decirlo. Siento estrés, desesperación, enojo. Siento que no es posible sabes como que esto no. Yo creo estoy algo en shock. (llanto) quiero que esto no esté pasando. Estoy con usted porque creo me hará algo bien drenar lo que siento. Han venido familiares y amigos y no desea ver a nadie. Ni hablar con nadie. Siento enojo y quiero hablar con Dios de por qué está sucediendo todo esto. Quiero hablar con la cara a cara y que me explique por qué le está sucediendo esto a mi hermano. Que me ayude a aceptar lo que estoy viviendo. Hasta cuando tengo que pasar por situaciones dolorosas, una más fuerte, una más fuerte. Lo que se siente con un hermano es distinto a lo que se siente con otra persona, es muy distinto, y yo me digo, coño, y como será entonces la muerte de mis padres, va uno a tirarse de un balcón, va uno a pensar en suicidio, porque esto es enorme. (Sigue en llanto). Tengo miedo, mucho miedo de que muera. Y no sé por qué pero me siento como que ya está muerto. Lo que hago es recordar cuando éramos chiquitos, las travesuras, tantas cosas. Y me digo: Dios mío ya más nunca vamos a ser 4 (hermanos). Siento algo, que no se explicarlo. Generalmente la muerte pega. Yo he enterrado a mis abuelos, pero un hermano es una cosa que uno quisiera, yo ahora mismo quisiera estar dormida o muerta para no sentir lo que siento, y me desespero porque no sé cuánto más va a durar todo esto. Esto es muy duro, y este enojo. Yo por respeto no digo nada contra Dios porque se me ha educado con respeto al Todopoderoso, y ahora entiendo porque la gente se enoja con Dios, porque es un sentimiento horrible lo que siento. Yo pienso que pareciera que es algo que no podemos evitar, pero pienso que no nos enseñan a evitarlo, y creo que es algo innecesario, no debería existir el sufrimiento, esto, lo que yo ahora siento, no lo debería sentir nadie, en ningún

momento. NI cuando se muere tu papa, tu mama, un tío.Que no deberíamos morir, porque es muy dura la ausencia de alguien que amas. Si tenemos que morir, que todos muramos viejos. Alguien joven no debería morir. Deberíamos todos llegar a viejos y que si es parte de la vida, no debería hacernos sentir mal. Ahora mismo me siento deprimida y sin rumbo. Porque mi hermano es el que está allí para todo. Todo lo que yo decido, todas mis decisiones en gran o menor medida las consulto con mi hermano. Y ahora mismo me siento sin rumbo, no sé cómo seguir no está el. A quien le voy a comentar cualquier idea o meta que yo quiera, y me diga ok está bien hazlo o no lo hagas. Él es mi soporte y pilar y me siento como descarriada. Me siento huérfana como que quien me va a ayudar a caminar, estoy desorientada.

En lo adelante, se presenta el proceso de categorización de esta segunda entrevista en el Cuadro N° 6

CUADRO 6 **PROCESO DE CATEGORIZACIÓN**

Nº	Entrevista	Categorías
1	La verdad estoy viviendo mucho estrés.	Angustia Zozobra
2	Yo soy la única persona que he estado con él estos	Compañía
3	días.	
4	Ha sido un gran impacto, intentando tener un	
5	recuerdo de la última vez que lo vi normal antes	Evocaciones
6	de que pasara todo.	
7	No entiendo que sucede. Trate de luchar para eso.	Impacto
8	Desde que lo encontré en casa todo ha cambiado	Valor del amor filial.

Nº	Entrevista	Categorías
9	en mí, no me siento la misma persona, estoy	Metamorfosis.
10	viviendo algo muy duro.	
11	Nadie se imagina por lo que estoy pasando, han	Momentos de angustia Intentos de salvación
12	sido muchas cosas como etapas, primero al	
13	encontrarlo en casa inconsciente, desde que	
14	llame la ambulancia a llegar acá intentando todo	
15	lo posible por hacer algo para salvarle la vida.	
16	Luego al llegar me dijeron estaba en paro terminó	
17	de salir del paro lo ingresaron en UCI.	
18	Ahora mismo mis pensamientos de futuro no están	Futuro incierto
19	claros al tener un inmenso miedo a que fallezca.	
20	Son cosas a los cuales no estás preparado.	Falta de preparación.
21	Tengo en mente de forma repetida es en que	Cuestionamiento Culpa
22	fallamos y que se falló, son preguntas que me	
23	hago. O no sé qué a lo mejor que lo que yo intento	
24	decirme a mí a lo mejor ese cuerpo estaba muy	
25	deteriorado e iba a suceder así fuese lo que	
26	hiciéramos.	
27	Siento que he perdido esa parte positiva, de	Pérdida de optimismo
28	positivismo, de optimismo no pensaba en decirlo.	
29	Siento estrés, desesperación, enojo. Siento que	Consternación

Nº	Entrevista	Categorías
30	no es posible sabes como que esto no. Yo creo	Enfado Rechazo a la situación. Catarsis.
31	estoy algo en shock. (llanto) quiero que esto no	
32	esté pasando. Estoy con usted porque creo me	
33	hará algo bien drenar lo que siento.	Negación comunicativa
34	Han venido familiares y amigos y no desea ver a	
35	nadie. Ni hablar con nadie.	Cuestionando a Dios. Reclamo. Solicitud de ayuda divina.
36	Siento enojo y quiero hablar con Dios de por qué	
37	está sucediendo todo esto. Quiero hablar con la	
38	cara a cara y que me explique por qué le está	
39	sucediendo esto a mi hermano. Que me ayude a	
40	aceptar lo que estoy viviendo.	Circunstancias desoladas.
41	Hasta cuando tengo que pasar por situaciones	
42	dolorosas, una más fuerte, una más fuerte.	Manifestación de pérdida.
43	Lo que se siente con un hermano es distinto a lo	
44	que se siente con otra persona, es muy distinto, y	
45	yo me digo, coño, y como será entonces la muerte	
46	de mis padres, va uno a tirarse de un balcón, va	
47	uno a pensar en suicidio, porque esto es enorme.	
48	Tengo miedo, mucho miedo de que muera.	Anticipación a la muerte.
49	Y no se por qué pero me siento como que ya está	
50	muerto.	

Nº	Entrevista	Categorías
51	Lo que hago es recordar cuando éramos chiquitos,	Evocación Confortante.
52	las travesuras, tantas cosas. Y me digo: Dios mío	
53	ya más nunca vamos a ser 4 (hermanos).	Revelación de pérdida.
54	Siento algo, que no se explicarlo.	Frustración
55	Generalmente la muerte pega. Yo he enterrado a	Evadir el sufrimiento.
56	mis abuelos, pero un hermano es una cosa que	
57	uno quisiera, yo ahora mismo quisiera estar	
58	dormida o muerta para no sentir lo que siento, y	
59	me desespero porque no sé cuánto más va a	
60	durar todo esto.	
61	Esto es muy duro. y Este enojo. Yo por respeto no	Formación religiosa. Respeto. Temor de Dios.
62	digo nada contra Dios porque se me ha educado	
63	con respeto al Todopoderoso, y ahora entiendo	
64	porque la gente se enoja con Dios, porque es un	
65	sentimiento horrible lo que siento.	
66	Yo pienso que pareciera que es algo que no	Realidad de la muerte Falta de preparación para la muerte.
67	podemos evitar, pero pienso que no nos enseñan	
68	a evitarlo. y creo que es algo innecesario, no	
69	debería existir el sufrimiento, esto, lo que yo ahora	
70	siento, no lo debería sentir nadie, en ningún	Evasión del sufrimiento
71	momento. NI cuando se muere tu papa, tu mama,	

Nº	Entrevista	Categorías
72	un tío.	
73	Que no deberíamos morir, porque es muy dura la	
74	ausencia de alguien que amas. Si tenemos que	Rechazo existencial a la muerte.
75	morir, que todos muramos viejos. Alguien joven no	
76	debería morir. Deberíamos todos llegar a viejos y	Valoración de la senectud.
77	que si es parte de la vida, no debería hacernos	
78	sentir mal.	
79	Ahora mismo me siento deprimida y sin rumbo.	
80	Porque mi hermano es el que está allí para todo.	
81	Todo lo que yo decido, todas mis decisiones en	Sensación de orfandad
82	gran o menor medida las consulto con mi	
83	hermano. Y ahora mismo me siento sin rumbo, no sé cómo seguir no está el. A quien le voy a	
84	comentar cualquier idea o meta que yo quiera, y	
85	me diga ok está bien hazlo o no lo hagas. Él es mi	
86	soporte y pilar y me siento como descarriada. Me	
87	siento huérfana como que quien me va a ayudar a	
88	caminar, estoy desorientada	

Fuente: Franco Sánchez (2025)

Como parte del protocolo se presenta seguidamente la primera triangulación con el Programa Atlas.ti. Este programa permite categorizar en un espacio que

simula el registro manual, en el cual pueden escribirse y ubicarse las categorías específicas. Los tres segmentos abordados se reflejan en las Figuras Nº 6, Nº 7 y Nº 8

FIGURA 6

CATEGORIZACIÓN DEL PROGRAMA ATLAS.TI.– SEGMENTO A.



Fuente: Franco Sánchez (2025)

FIGURA 7

CATEGORIZACIÓN DEL PROGRAMA ATLAS.TI.– SEGMENTO B.



Fuente: Franco Sánchez (2025)

FIGURA 8 CATEGORIZACIÓN DEL PROGRAMA ATLAS.TI.- SEGMENTO C.

ENT: ¿Qué opinión tiene sobre la muerte?

Familiar 2: Que no deberíamos morir, porque es muy dura la ausencia de alguien que amas. Si tenemos que morir, que todos muramos viejos. Alguien joven no debería morir. Deberíamos todos llegar a viejos y que si es parte de la vida, no debería hacernos sentir mal. Ahora mismo me siento deprimido y sin rumbo. Porque mi hermano es el que está allí para todo. Todo lo que yo decido, todas mis decisiones en gran o menor medida las consulto con mi hermano. Y ahora mismo me siento sin rumbo, no sé cómo seguir ni está el. A quien le voy a comentar cualquier idea o meta que yo quiera, y me diga ok está bien hazlo o no lo hagas. él es mi soporte y pilar y me siento como descarriada. Me siento huérfana como que quien me va a ayudar a caminar, estoy desorientada

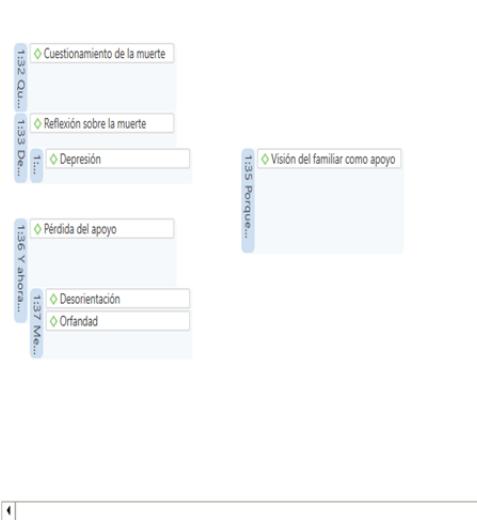
ENT: ¿Qué opinión tiene sobre el vacío existencial o pérdida del sentido de la vida?

Familiar 2: ninguna

ENT: Finalmente, ¿Algo más que quiera agregar?

Familiar 2: No, gracias

ENT: Gracias a ti.



Fuente: Franco Sánchez (2025)

El proceso de triangulación metodológica con el apoyo del Programa Atlas.ti, confirma que la información categorizada se corresponde realmente con el discurso del informante, lo que contribuye con el rigor científico de la investigación.

En el Cuadro N° 7, se refleja esta síntesis.

CUADRO 7 SUMARIO DE LAS CATEGORÍAS Y CÓDIGOS.

CITA	CATEGORIA	CÓDIGOS ATLAS TI
<i>“Y no sé por qué, pero me siento como que ya está muerto”</i> (2671:2724) - D 1: Familiar2_doc_prim_2	Muerte anticipada	Anticipación a la muerte
<i>“Que me ayude a aceptar lo que estoy viviendo”</i> (2232:2276) - D 1: Familiar2_doc_prim_2	Solicitud de ayuda divina	Apoyo divino

CITA	CATEGORIA	CÓDIGOS ATLAS TI
<i>“Han venido familiares y amigos y no desea ver a nadie. Ni hablar con nadie” (1983:2057)</i> - D 1: Familiar2_doc_prim_2	Negación comunicativa	Alejamiento Deseo de soledad
<i>“Estoy con usted porque creo me hará algo bien drenar lo que siento”. (1916:1981) - D 1: Familiar2_doc_prim_2</i>	Catarsis	Autorreflexión. Necesidad de drenar.
<i>“Trate de luchar para eso. Desde que lo encontré en casa todo ha cambiado en mí, no me siento la misma persona”</i> (819:927) - D 1: Familiar2_doc_prim_2	Metamorfosis	Transformación.
<i>“Tengo en mente de forma repetida es en que fallamos y que se falló, son preguntas que me hago”.</i> (1421:1514) - D 1: Familiar2_doc_prim_2	Cuestionamiento	Controversia. Culpa. Reflexión.
<i>“Siento enojo y quiero hablar con Dios de por qué está sucediendo todo esto. Quiero hablar con la cara a cara y que me explique por qué le está sucediendo esto a mi hermano”.</i> (2059:2230) - D 1: Familiar2_doc_prim_2	Cuestionando a Dios.	Enfado con Dios Interrogando a Dios.
<i>“Tengo en mente de forma repetida es en que fallamos y que se falló, son preguntas que me hago”. (1421:1514) - D 1: Familiar2_doc_prim_2</i>	Culpa.	Interrogante. Reflexión.
<i>“Ahora mismo me siento deprimida y sin rumbo”</i> (4037:4079) - D 1: Familiar2_doc_prim_2	Sensación de orfandad.	Hundimiento emocional.
<i>“y me desespero porque no sé cuánto más va a durar todo esto”.</i> (3083:3143) - D 1: Familiar2_doc_prim_2	Evadir el sufrimiento.	Consternación. Incertidumbre.
<i>“Me siento huérfana como que quien me va a ayudar a caminar, estoy desorientada”</i> (4454:4532) - D 1: Familiar2_doc_prim_2	Sensación de orfandad	Confusión Desamparo
<i>“Siento estrés, desesperación, enojo”.</i> (1757:1794) - D 1: Familiar2_doc_prim_2	Enfado	Disgusto. Desesperanza.
<i>“Bueno sí. (Suspiro) La verdad estoy viviendo mucho estrés”</i> (505:561) - D 1: Familiar2_doc_prim_2	Zozobra	Ansiedad. Agotamiento.

CITA	CATEGORIA	CÓDIGOS ATLAS TI
“Siento estrés, desesperación, enojo”. (1757:1794) - D 1: Familiar2_doc_prim_2	Enfado	Agotamiento. Disgusto.
“Yo pienso que pareciera que es algo que no podemos evitar, pero pienso que no nos enseñan a evitarlo”. (3441:3541) - D 1: Familiar2_doc_prim_2	Falta de preparación para la muerte..	Realidad de la muerte.
“Desde que lo encontré en casa todo ha cambiado en mí, no me siento la misma persona, estoy viviendo algo muy duro”. (930:958) - D 1: Familiar2_doc_prim_2	Metamorfosis.	Vivencia dolorosa
“Siento algo, que no se explicarlo. Generalmente la muerte pega. Yo he enterrado a mis abuelos, pero un hermano es una cosa que uno quisiera, yo ahora mismo quisiera estar dormida o muerta para no sentir lo que siento” (2865:3080) - D 1: Familiar2_doc_prim_2	Frustración.	Realidad inadmisible. Evadir la realidad
“Ahora mismo mis pensamientos de futuro no están claros al tener un inmenso miedo a que fallezca” (1191:1376) - D 1: Familiar2_doc_prim_2	Futuro incierto	Tribulación ante la muerte.
“Son cosas a los cuales no estás preparado” (1378:1418) - D 1: Familiar2_doc_prim_2	Falta de preparación.	Miedo a la muerte
“Yo pienso que pareciera que es algo que no podemos evitar”. (3441:3541) - D 1: Familiar2_doc_prim_2	Realidad de la muerte	Realidad de morir
“Ha sido un gran impacto, intentando tener un recuerdo de la última vez que lo vi normal antes de que pasara todo”. (621:734) - D 1: Familiar2_doc_prim_2	Evocaciones	Recuerdos.
“Tengo miedo, mucho miedo de que muera”. (2632:2669) - D 1: Familiar2_doc_prim_2	Anticipación a la muerte.	Preocupación.
“Nadie se imagina por lo que estoy pasando, han sido muchas cosas como etapas, primero al encontrarlo en casa inconsciente, desde que llame la ambulancia a llegar acá intentando todo lo posible por hacer algo para salvarle la vida”. (960:1189) - D 1: Familiar2_doc_prim_2	Momentos de angustia	Vivencia dolorosa

CITA	CATEGORIA	CÓDIGOS ATLAS TI
"Deberíamos todos llegar a viejos y que si es parte de la vida, no debería hacernos sentir mal". (3942:4035) - D 1: Familiar2_doc_prim_2	Valoración de la senectud.	Reflexión sobre la muerte.

Fuente: Franco Sánchez (2025)

A continuación se presenta el proceso de la segunda triangulación metodológica, a través del Test Pil (Sentido de la Vida).

CUADRO 8 TEST PIL (SENTIDO DE LA VIDA)

	1	2	3	4 Neutral	5	6	7
1-Generalmente me encuentro:	Aburrido			4			Entusiasmado
2-La vida me parece	Aburrida			4			Emocionante
3-En la vida tengo:	Ninguna meta		3				Muchas metas y anhelos definidos
4-Mi existencia personal es:	Sin sentido ni propósito	2					Llena de sentidos y propósitos
5-Cada día es:	Exactamente igual	2					Siempre nuevo y diferente
6-Si pudiera elegir:	Nunca habría nacido		3				Tendría otras nueve vidas iguales a esta
7-Después de jubilarme:	Holgazanearía el resto de mi vida			4			Haría las cosas emocionantes que siempre deseé realizar
8-En el logro de mis metas vitales:	No he conseguido ningún progreso				5		He llegado a mi realización completa
9-Mi vida es:	Vacía y llena de desesperación						Un conjunto de cosas buenas y emocionante

	1	2	3	4 Neutral	5	6	7
10-Si muriera hoy, me parecería que mi vida ha sido:	Una completa basura) a			4			Muy valiosa
11-Al pensar en mi propia vida:	Me pregunto a menudo la razón por la que existo				5		Siempre encuentro razones para vivir
12-Tal y como yo lo veo en relación con mi vida, el mundo:	me confunde por completo	2					Se adapta significativamente a mi vida
13-Me considero:	Una persona irresponsable				5		Una persona muy responsable
14-En cuanto a la libertad de que dispone para hacer sus propias elecciones, creo que el hombre es:	Completamente esclavo de las limitaciones de la herencia y del ambiente				5		Absolutamente libre de hacer todas sus elecciones vitales
15-Con respecto a la muerte, estoy:	Falto de preparación y atemorizado						Preparado y sin temor
16-Con respecto al suicidio:	Lo he considerado seriamente como una salida a mi situación		3				Nunca le he dedicado un segundo de pensamiento
17-Considero que mi capacidad para encontrar un significado, un propósito en la vida es:	Prácticamente nula	2					Muy grande
18-Mi vida está:	Fuera de mis manos y controlada por factores externos			4			En mis manos y bajo mi control
19-Enfrentarme a mis tareas cotidianas supone:	Una experiencia dolorosa y aburrida	2					Una fuente de placer y satisfacción

	1	2	3	4 Neutral	5	6	7
20-He descubierto:	Ninguna misión o propósito en mi vida				5		Metas claras y un propósito satisfactorio para mi vida
Puntuaciones	2	10	9	20	25		
Total de puntos	66 puntos						

Interpretación: Al tener en cuenta el total máximo de 140 puntos del test PIL, considera que quienes obtienen puntuaciones inferiores a 90 se encuentran en un estado de vacío existencial.

La sumatoria del Test Pil (Sentido de la Vida) correspondiente al familiar 2, es de un total de **66 puntos**, reportando que dicho informante se encuentra en un **estado de vacío existencial**, el cual queda reflejado en las respuestas a las preguntas realizadas durante la entrevista:

ENT: ¿Puede comentarme sobre la vivencia que ha tenido desde que su familiar ingreso a la UCI?

Familiar 2: Bueno sí. (Suspiro) La verdad estoy viviendo mucho estrés. Yo soy la única persona que he estado con él estos días. Ha sido un gran impacto, intentando tener un recuerdo de la última vez que lo vi normal antes de que pasara todo.

ENT: ¿Puede describir cuáles son sus emociones?

Familiar 2: No entiendo que sucede. Trate de luchar para eso. Desde que lo encontré en casa todo ha cambiado en mí, no me siento la misma persona, estoy viviendo algo muy duro. Nadie se imagina por lo que estoy pasando, han sido muchas cosas como etapas, primero al encontrarlo en casa inconsciente, desde que llame la ambulancia a llegar acá intentando todo lo posible por hacer algo para salvarle la vida. Luego al llegar me dijeron estaba en paro terminó de salir del paro lo ingresaron en UCI. Ahora mismo mis pensamientos de futuro no están claros al tener un inmenso miedo a que fallezca. Son cosas a los cuales no estás preparado. Tengo en mente de forma repetida es en que fallamos y que se falló, son preguntas que me hago. O no sé qué a lo mejor que lo que yo intento decirme a mí a lo mejor ese cuerpo estaba muy deteriorado e iba a suceder así fuese lo que hicieramos. Siento que he perdido esa parte positiva, de positivismo, de optimismo no pensaba en decirlo. Siento estrés, desesperación, enojo. Siento que no es posible sabes como que esto no. Yo creo estoy algo en shock. (llanto) quiero que esto no esté pasando. Estoy con usted porque creo me hará algo bien drenar lo que siento. Han venido familiares y amigos y no desea ver a nadie. Ni hablar con nadie. Siento enojo y quiero hablar con Dios de por qué está sucediendo todo esto. Quiero hablar con la cara a cara y que me explique por qué le está sucediendo esto a mi hermano. Que me ayude a aceptar lo que estoy viviendo. Hasta cuando tengo que pasar por situaciones dolorosas, una más fuerte, una más fuerte. Lo que se siente con un hermano es distinto a lo que se siente con otra persona, es muy distinto, y yo me digo, coño, y como será entonces la muerte de mis padres, va uno a tirarse de un balcón, va uno a pensar en suicidio, porque esto es enorme. (sigue en llanto). Tengo miedo, mucho miedo de que muera. Y no se por qué pero me siento como que ya está muerto. Lo que hago es recordar cuando éramos chiquitos, las travesuras, tantas cosas. Y me digo: Dios mío ya más nunca vamos a ser 4 (hermanos). Siento algo, que no se explicarlo. Generalmente la muerte pega. Yo he enterrado a mis abuelos, pero un hermano es una cosa que uno quisiera, yo ahora mismo quisiera estar dormida o muerta para no sentir lo que siento, y me desespero porque no sé cuánto más va a durar todo esto. Esto es muy duro. y Este enojo. Yo por respeto no digo nada contra Dios porque se me ha educado con respeto al Todopoderoso, y ahora entiendo porque la gente se enoja con Dios, porque es un sentimiento horrible lo que siento.

ENT: ¿Qué opinión le da a usted el sufrimiento?

Familiar 2: Yo pienso que pareciera que es algo que no podemos evitar, pero pienso que no nos enseñan a evitarlo. y creo que es algo innecesario, no debería existir el sufrimiento, esto, lo que yo ahora siento, no lo debería sentir nadie, en ningún momento. Ni cuando se muere tu papa, tu mama, un tío.

ENT: ¿Qué opinión tiene sobre la muerte?

Familiar 2: Que no deberíamos morir, porque es muy dura la ausencia de alguien que amas. Si tenemos que morir, que todos muramos viejos. Alguien joven no debería morir. Deberíamos todos llegar a viejos y que si es parte de la vida, no debería hacernos sentir mal. Ahora mismo me siento deprimido y sin rumbo. Porque mi hermano es el que está allí para todo. Todo lo que yo decido, todas mis decisiones en gran o menor medida las consulto con mi hermano. Y ahora mismo me siento sin rumbo, no sé cómo seguir no está el. A quien le voy a comentar cualquier idea o meta que yo quiera, y me diga ok está bien hazlo o no lo hagas. él es mi soporte y pilar y me siento como descarriada. Me siento huérfana como que quien me va a ayudar a caminar, estoy desorientada

ENT: ¿Qué opinión tiene sobre el vacío existencial o pérdida del sentido de la vida?

Familiar 2: Ninguna

Continuando con el rigor científico de la investigación para su validez y confiabilidad se presenta a continuación el cuadro N° 9, en el cual se describe la tercera triangulación interna.

**CUADRO 9
TRIANGULACIÓN REFLEXIÓN FENOMENOLÓGICA**

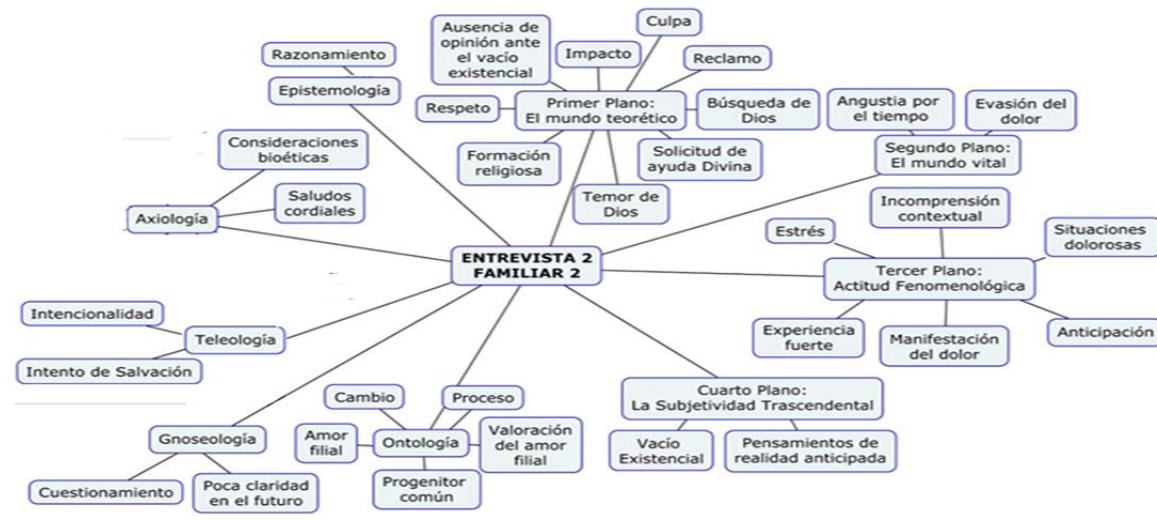
SUFBALIA	EVIDENCIA FENOMENOLÓGICA	CATEGORÍA
Primer plano: El mundo teórico	Línea:7	Impacto
	Líneas:21-22-23-24-25-26-27	Culpa
	Líneas:36-37-	Búsqueda de Dios
	Líneas:38-38-63-64	Reclamo

SUFBAMILIA	EVIDENCIA FENOMENOLÓGICA	CATEGORÍA
Segundo plano: El mundo vital	Líneas: 39-40	Solicitud de ayuda divina
	Línea:79	Vacío existencial
	Líneas:61-62	Formación religiosa
Tercer plano: Actitud fenomenológica	Líneas:55-56-57-58-59-60	Evadir el sufrimiento
Cuarto plano: La subjetividad trascendental	Línea:54	Incomprensión contextual
	Líneas:41-42	Circunstancias desoladas..
	Líneas:48-49-50	Anticipación a la muerte
	Línea:43-44-45-46-47	Manifestación de pérdida.
	Línea:53	Revelación de pérdida
	Líneas:4-5-6	Recuerdos
Ontológico	Líneas:27-28	Pérdida del optimismo
	Línea:29	Enfado
	Líneas:66-67-68-69-70-71-72	Falta de preparación para la muerte
	Líneas:73-74-75	Rechazo existencial a la muerte
	Líneas:8-9-10	Metamorfosis
Gnoseológico	Líneas:80-81-82-83-84-85-86-87-88	Sensación de orfandad
Axiológico	Líneas:76-77-78	Valoración de la senectud.
	Línea:30-31	Rechazo a la situación
	Líneas:2-3	Valoración del amor filial

Fuente: Franco Sánchez (2025)

Seguidamente, se presenta en la Figura Nº 9, la visión esquemática de las relaciones existentes entre las categorías y los códigos Atlas.ti, los cuales se asocian explícitamente con la configuración de la triangulación interna.

FIGURA 9
ESTRUCTURACIÓN CATEGORIAL DE LA INFORMACIÓN



Diseño: Franco Sánchez (2025)

Una vez plasmado los procesos de triangulación, se presenta la Reflexión Concluyente, en la cual se analizó hermenéuticamente lo relatado y descrito por parte del informante.

REFLEXIÓN CONCLUYENTE 2: LO HERMENÉUTICO

En el caso de la segunda entrevista, realizada a un familiar consanguíneo que comparte progenitores con el sujeto que enfrenta la muerte, las categorías más significativas se concentran en los planos teóricos relacionados con el

mundo vital, que incluye el plano de las experiencias, y el plano tres, que se corresponde con la actitud fenomenológica.

En el primer plano del abordaje teórico, denominado el mundo teorético, se nutre de la actitud del familiar quien, además de expresar el sentimiento de vacío existencial, manifiesta culpa ante el impacto de la situación que rodea a su familiar, lo que conlleva a un refugio en la religiosidad y las creencias, ya que entre las categorías figura la búsqueda de Dios y la solicitud de ayuda divina; sin embargo, ante posibles reclamos a esta realidad que forma parte de las creencias y valores del informante, se imponen preceptos de formación religiosa como el respeto y el temor a Dios.

El segundo plano, denominado el *mundo vital*, se caracteriza por angustia y preocupación por el tiempo y, a su vez, una actitud centrada en la evasión del dolor. La actitud fenomenológica, representada por el tercer plano de la teórica, se complementa con un conjunto de categorías que sintetizan la experiencia del familiar. Parte de un proceso de anticipación a la muerte que le genera incomprendión contextual y estrés; las situaciones dolorosas generan una perspectiva que cualifica a la situación como una experiencia fuerte que lleva consigo un conjunto de situaciones dolorosas.

Esos pensamientos de realidad anticipada, referidos en el párrafo anterior, generan un profundo vacío existencial que se ubica en el cuarto plano de la teórica, definido como la subjetividad trascendental y que incluye la significación

de la muerte para el familiar. Después de las vivencias, la reflexión genera un cuerpo interpretativo que es revivido constantemente por el informante que acompaña al familiar que enfrenta la muerte.

Las categorías subsiguientes, se concentran en la familia de la ontología, que se vincula con aspectos del Ser, y la axiología, que refleja el cuerpo de valores jerarquizados del informante, al expresar su amor filiar por el paciente en estado crítico que enfrenta la muerte, dado que es su hermano. La situación, que implica un proceso de cambio, desencadena una serie de condiciones que afectan ese Ser y que determinan su visión, sus actitudes, así como su comportamiento.

La actitud del entrevistador, que integra los principios de la bioética, influyen positivamente en la informante, quien a pesar de la desorientación producto de la situación, la depresión por el estado de su familiar, la soledad y la tristeza que ambientan la sensación de orfandad en esos momentos tan difíciles, el miedo y la desorientación general, puede refugiarse en la interacción y lograr algo de mediación social mientras conversa durante la entrevista.

Con categorías más puntuales y específicas, desde una perspectiva teleológica, la intencionalidad de la informante apunta a la factibilidad de la salvación; sin embargo, esta visión contrasta con los razonamientos que la epistemología sustenta y, como consecuencia de ellos, se da un proceso interno en el que la gnoseología, por lo complejo de los cuestionamientos, no se puede develar claramente por la poca claridad en el futuro

CUADRO 10

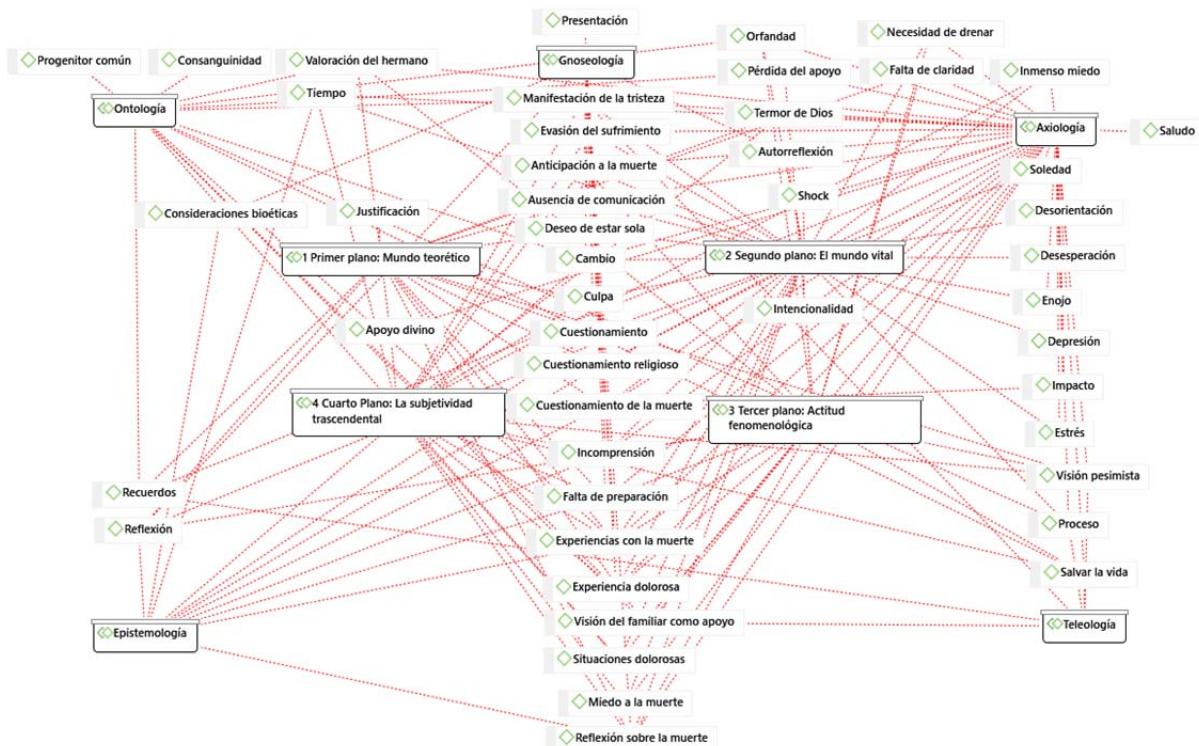
FINITUD DE LA VIDA	VACÍO EXISTENCIAL
Tengo miedo, mucho miedo de que muera. Y no sé por qué pero me siento como que ya está muerto.	yo ahora mismo quisiera estar dormida o muerta para no sentir lo que siento,
	No entiendo lo que sucede
	Desde que lo encontré en casa todo ha cambiado en mí,
	no me siento la misma persona,
	estoy viviendo algo muy duro
	Siento que he perdido esa parte positiva, de positivismo, de optimismo
	quiero que esto no esté pasando
	Siento algo, que no se explicarlo.

Fuente: Franco Sánchez (2025)

La incomprendión, el miedo y el dolor caracterizan una actitud ante la muerte que anticipa al pesimismo de que ocurrirá lo que se espera y no hay posibilidades de dar vuelta atrás. Entonces, la muerte se convierte en triste espera, en dolor y en la deformación del futuro inmediato.

Todos los rasgos descritos, se presentan específica en la siguiente figura N° 10, en la cual se estructura las categorías, para la evidencia fenomenológica, representada en el espacio definido por líneas.

FIGURA 10
RED DE RELACIONES ENTRE CATEGORÍAS DE LA INFORMACIÓN



Diseño: Franco Sánchez (2025)

Entrevista Nº 3

Entrevistador: CF

Entrevistado: Familiar (Hija)

Relato:

He tenido un shock emocional ya que mi mama ha sido una mujer sana, no ha presentado mayor complicación en su vida en cuanto a enfermedades y estar pasando por un momento así inesperado y grave, y estar tan cerca de la muerte siento que no nos ha dado tiempo de convivir juntas quedando cosas pendiente que me gustaría vivir con ella estando ella presente, ya que ha sido un gran apoyo para mí en los momentos más difíciles, y tener que separarme de ella en estas circunstancias es bastante y no sé cómo enfrentar su ausencia, es bastante duro. No sé qué va ser de mí porque es la única persona que tengo en la vida, es mi

motor, que me mantiene, que me motiva, lo que yo soy. No tengo quien me apoyo, no cuento con más nadie, no sabría cómo afrontarlo. No estoy preparada para esto. En estos momentos siento mucho miedo. En estos momentos siento mucha angustia, miedo y dolor porque al volver a casa ya no está. Siento angustia al no saber si se va a salvar o no, angustia de no saber si está sufriendo y también de no haber estado con ella cuando sucedió todo. Siento miedo que mi madre no se pueda salvar, de salir de esta situación de quedarme sola, y sin un rumbo en mi vida. Me siento desorientada, no sé qué pasara y llegara ser de mi vida sin ella. Y eso me angustia más, porque es como iniciar una nueva vida, ya que todo cambiaria. No veo un futuro sin ella. Por otra parte, a pesar de que está muy mal tengo fe, de que pueda salir de esto, quizás no sea fácil. Me apoyo en Dios para eso. Mis emociones son de inestabilidad, angustia, miedo, dolor, vacío, perdida, con respecto al sufrimiento no deberíamos sentirlo ni vivirlo, no se lo deseó nadie, porque ahora sé lo que se siente y no me gustaría que alguien más pasara por algo así (llanto). No estoy preparada para la muerte, a pesar de que sé que nos volvemos a encontrar en otra vida. Ahora mismo, me hace reflexionar muchas cosas, porque el tener a mi madre cerca de la muerte me hace pensar en lo que he hecho con mi vida hasta ahora. Yo me siento vacía, no le encuentro sentido a que estoy haciendo con mi vida, me da igual si trabajo o no trabajo, no le encuentro diferencia si lo hago o no lo hago, en estos momentos no me conozco, no tengo ahora mismo nada que me motive a salir cada día, sin mi madre así me siento.

Seguidamente, en el Cuadro Nº 11, se presentan el proceso de categorización correspondiente a la información suministrada.

CUADRO 11 PROCESO DE CATEGORIZACIÓN

Nº	ENTREVISTA	CATEGORÍAS
1	He tenido un shock emocional ya que mi	Vivencia emocional. Gravedad inesperada.
2	mama ha sido una mujer sana no ha	

Nº	ENTREVISTA	CATEGORÍAS
3	presentado mayor complicación en su vida	
4	en cuanto a enfermedades y estar pasando	Cercanía a la muerte.
5	por un momento así inesperado y grave, y	
6	estar tan cerca de la muerte siento que no	
7	nos ha dado tiempo de convivir juntas	Experiencias pendientes. Separación.
8	quedando cosas pendiente que me gustaría	
9	vivir con ella estando ella presente, ya que ha	
10	a sido un gran apoyo para mí en los momentos	Soporte familiar.
11	tener que separarme de ella en estas	Imposibilidad de enfrentar la ausencia. Proyección de futuro.
12	circunstancias es bastante y no sé cómo	
13	enfrentar su ausencia, es duro	
14	No sé qué va ser de mí porque es la única	Sensación de soledad. Valoración del familiar.
15	persona que tengo en la vida, es mi motor,	
15	que me mantiene, que me motiva, lo que yo	
16	soy. No tengo quien me apoyo, no cuento	
17	con más nadie.	
18	No sabría cómo afrontarlo. No estoy	Falta de preparación para la muerte.
19	preparada para esto.	
20	En estos momentos siento mucho miedo. En	Miedo a la soledad
21	estos momentos siento mucha angustia,	
22	miedo y dolor porque al volver a casa ya	
23	no está.	
24	Siento angustia al no saber si se va a salvar,	muerte e Incertidumbre
25	angustia de no saber si está sufriendo y	. Miedo al sufrimiento.
26	también de no haber estado con ella cuando.	Sentimiento de culpa.
27	sucedió todo.	
28	Siento miedo que mi madre no se pueda	muerte e Incertidumbre

Nº	ENTREVISTA	CATEGORÍAS
29	salvar, de salir de esta situación de a	
30	quedarme sola, y sin un rumbo en mi vid	Miedo al a soledad
31	Me siento desorientada, no sé qué pasara y	
32	Ilegará ser de mi vida sin ella. Y eso me	Futuro incierto.
33	angustia más, porque es como iniciar una	
34	nueva vida, ya que todo cambiaria No veo un	
35	futuro sin ella.	
36	Por otra parte, a pesar de que está muy mal	
37	tengo fe, de que pueda salir de esto, quizás.	Esperanza de recuperación. Apoyo divino
38	no sea fácil. Me apoyo en Dios para eso	
39	Siento inestabilidad, angustia, miedo, dolor,	Manifestación del dolor
40	vacío, perdida.	
41	con respecto al sufrimiento no deberíamos	
42	sentirlo ni vivirlo, no se lo deseó nadie, porque	Rechazo al sufrimiento. Experiencia dolorosa.
43	ahora sé lo se siente y no me gustaría que	
44	alguien más pasara por algo así (llanto).	
45	No estoy prepara para eso, a pesar de que sé.	Falta de preparación.
46	que nos volvemos a encontrar en otra vida	Esperanza del reencuentro.
47	Ahora mismo, me hace reflexionar muchas	
48	cosas, porque el tener a mi madre cerca de la	Reflexión sobre la vida propia.
49	muerte me hace pensar en lo que he hecho	
50	con mi vida hasta ahora.	
51	Yo me siento vacía, no le encuentro sentido a	Sensación de vacío
52	que estoy haciendo con mi vida, me da igual	

Nº	ENTREVISTA	CATEGORÍAS
53	si trabajo o no trabajo, no le encuentro	Falta de sentido a la vida
54	diferencia si lo hago o no lo hago, en estos	
55	momentos no me conozco, no tengo ahora	Desconocimiento de sí misma.
56	mismo nada que me motive a salir cada día,	Falta de motivación
57	sin mi madre así me siento.	

Fuente: Franco Sánchez (2025)

Se procede a desarrollar la primera triangulación con el apoyo del Programa Atlas.ti. El abordaje se representa, en dos segmentos que se reflejan en las Figuras N° 11 y N° 12

**FIGURA 11
CATEGORIZACIÓN DEL PROGRAMA ATLAS.TI. SEGMENTO A.**

D:\Familiar3.doc_prim_3 : ENTREVISTA	CODIGOS
<p>ENT: Buenas tarde soy el Dr. Franco. Previo al consentimiento informado que autorizaron y a la realización del test PIL, estoy aquí para realizar una entrevista, en relación al sentir que está viviendo ante la situación de salud de su familiar, el cual se encuentra ingresado en la UCI y la pérdida del sentido de la vida.</p> <p>ENT: ¿Qué parentesco tiene con el paciente 3?</p> <p>Familiar 3: Soy su única hija.</p> <p>ENT: ¿Puede comentarme sobre la vivencia que ha tenido desde que su familiar ingreso a la UCI?</p> <p>Familiar 3: He tenido un shock emocional ya que mi mama ha sido una mujer sana no ha presentado mayor complicación en su vida en cuanto a enfermedades y estar pasando por un momento así inesperado y grave, y estar tan cerca de la muerte siento que no nos ha dado tiempo de convivir juntas quedando cosas pendiente que me gustaría vivir con ella estando ella presente, ya que ha sido un gran apoyo para mí en los momentos más difíciles, y tener que separarme de ella en estas circunstancias es bastante y no sé cómo enfrentar su ausencia, es bastante duro. No sé qué va ser de mí porque es la única persona que tengo en la vida, es mi motor, que me mantiene, que me motiva, lo que yo soy. No tengo quien me apoye, no cuento con más nadie, no sabría cómo afrontarlo. No estoy preparada para esto. En estos momentos siento mucho miedo. En estos momentos siento mucha angustia, miedo y dolor porque al volver a casa ya no está. Siento angustia al no saber si se va a salvar o no, angustia de no saber si está sufriendo y también de no haber estado con ella cuando sucedió todo. Siento miedo que mi madre se pueda salvar, de salir de esta situación de quedarme sola, y sin un rumbo en mi vida. Me siento desorientada, no sé qué pasara y llegara ser de mi vida sin ella. Y eso me angustia más, porque es como iniciar una nueva vida, ya que todo cambiaría. No veo un</p>	

Fuente: Franco Sánchez (2025)

FIGURA 12
CATEGORIZACIÓN DEL PROGRAMA ATLAS.TI.– SEGMENTO B.

ENTREVISTA	CODIGOS
<p>D 1:Familiar3_doc_prim_3 * : ENTREVISTA</p> <p>futuro sin ella. Por otra parte, a pesar de que está muy mal tengo fe, de que pueda salir de esto, quizás no sea fácil. Me apoyo en Dios para eso.</p> <p>ENT: ¿Puede describir cuáles son sus emociones?</p> <p>Familiar 3: Inestabilidad, angustia, miedo, dolor, vacío, perdida.</p> <p>ENT: Entiendo. ¿Qué opinión le da a usted el sufrimiento?</p> <p>Familiar 3: que no deberíamos sentirlo ni vivirlo, no se lo deseó nadie, porque ahora sé lo se siente y no me gustaría que alguien más pasara por algo así (llanto).</p> <p>ENT: ¿Qué opinión tiene sobre la muerte?</p> <p>Familiar 3: No estoy prepara para eso, a pesar de que sé que nos volveremos a encontrar en otra vida. Ahora mismo, me hace reflexionar muchas cosas, porque el tener a mi madre cerca de la muerte me hace pensar en lo que he hecho con mi vida hasta ahora.</p> <p>ENT: ¿Qué opinión tiene sobre el vacío existencial o pérdida del sentido de la vida?</p> <p>Familiar 3: Yo me siento vacía, no le encuentro sentido a que estoy haciendo con mi vida, me da igual si trabajo o no trabajo, no le encuentro diferencia si lo hago o no lo hago, en estos momentos no me conozco, no tengo ahora mismo nada que me motive a salir cada día, sin mi madre así me siento.</p> <p>ENT: Finalmente, ¿Algo más que quiera agregar?</p> <p>Familiar 3: No.</p> <p>ENT: Gracias.</p>	<p>The figure shows a screenshot of the ATLAS.ti software interface. On the left, there is a text-based interview transcript with several segments highlighted in blue. On the right, there is a hierarchical tree view of codes. The main categories are:</p> <ul style="list-style-type: none"> Confianza (Confidence): <ul style="list-style-type: none"> Confianza en Dios (Confidence in God) Confianza en otra vida (Confidence in another life) Confianza en la vida (Confidence in life) Fe (Faith) Falta de confianza (Lack of confidence) Angustia (Anxiety): <ul style="list-style-type: none"> Angustia (Anxiety) Inestabilidad (Instability) Miedo (Fear) Pérdida (Loss) Vacío (Vacuum) Manifestación de la tristeza (Manifestation of sadness) Rechazo al sufrimiento (Rejection of suffering) Reflexión (Reflection): <ul style="list-style-type: none"> Reflexión (Reflection) Falta de preparación (Lack of preparation) Vacío (Vacuum): <ul style="list-style-type: none"> Vacío (Vacuum) Falta de sentido (Lack of meaning) Sentimiento de vacío (Feeling of emptiness) Falta de motivación (Lack of motivation) Indiferencia (Indifference)

Fuente: Franco Sánchez (2025)

El proceso de triangulación metodológica con el apoyo del Programa Atlas.ti, confirma que la información categorizada se corresponde realmente con el discurso de los informantes, lo que contribuye con el rigor científico de la investigación. En el Cuadro N° 12, se refleja esta síntesis:

CUADRO 12
SUMARIO DE LAS CATEGORÍAS Y CÓDIGOS.

CITA	CATEGORIA	CÓDIGOS ATLAS TI
<p><i>“En estos momentos siento mucha angustia, miedo y dolor porque al volver a casa ya no está”.</i> (1328:1417) - D 1: Familiar3_doc_prim_3</p>	<p>Miedo a la soledad.</p>	<p>Angustia. Dolor. Miedo. Vacío del hogar.</p>

CITA	CATEGORIA	CÓDIGOS ATLAS TI
<p><i>“Siento angustia al no saber si se va a salvar o no, angustia de no saber si está sufriendo y también de no haber estado con ella cuando sucedió todo”</i> (1419:1567) - D 1: Familiar3_doc_prim_3</p>	Muerte e Incertidumbre. Sentimiento de culpa.	Angustia. Culpa. Sufrimiento.
<p><i>“Inestabilidad, angustia, miedo, dolor, vacío, perdida”</i> (2063:2117) - D 1: Familiar3_doc_prim_3</p>	Manifestación del dolor.	Pérdida. Vacío.
<p><i>“tener que separarme de ella en estas circunstancias es bastante y no sé cómo enfrentar su ausencia, es bastante duro”</i> (932:1049) - D 1: Familiar3_doc_prim_3</p>	Imposibilidad de enfrentar la ausencia.	Anticipación a la muerte. Separación.
<p><i>“Siento miedo que mi madre no se pueda salvar, de salir de esta situación de quedarme sola, y sin un rumbo en mi vida. Me siento desorientada, no sé qué pasara y llegara ser de mi vida sin ella. Y eso me angustia más, porque es como iniciar una nueva vida, ya que todo cambiaria”</i> (1570:1845) - D 1: Familiar3_doc_prim_3</p>	Muerte e Incertidumbre. Miedo a la soledad. Futuro incierto.	Cambios futuros. Desorientación.
<p><i>“Por otra parte, a pesar de que está muy mal tengo fe, de que pueda salir de esto, quizás no sea fácil. Me apoyo en Dios para eso.”</i> (1873:2003) - D 1: Familiar3_doc_prim_3</p>	Esperanza de recuperación. Apoyo divino	Confianza en Dios Fe
<p><i>“No estoy prepara para eso, a pesar de que sé que nos volvemos a encontrar en otra vida”</i> (2396:2483) - D 1: Familiar3_doc_prim_3</p>	Esperanza del reencuentro.	Falta de preparación. Confianza en otra vida
<p><i>“Siento angustia al no saber si se va a salvar o no, angustia de no saber si está sufriendo y también de no haber estado con ella cuando sucedió todo”</i> (1419:1567) - D 1: Familiar3_doc_prim_3</p>	Muerte e Incertidumbre.	Sufrimiento Culpa
<p><i>“En estos momentos siento mucha angustia, miedo y dolor porque al volver a casa ya no está”</i> (1328:1417) - D 1: Familiar3_doc_prim_3</p>	Miedo a la soledad	Dolor. Miedo. Ausencia en el hogar.
<p><i>“No estoy preparada para esto. En estos momentos siento mucho miedo”</i> .. (1260:1327) - D 1: Familiar3_doc_prim_3</p>	Muerte e inquietud.	Falta de preparación para la muerte.

CITA	CATEGORIA	CÓDIGOS ATLAS TI
<i>“siento que no nos ha dado tiempo de convivir juntas quedando cosas pendiente que me gustaría vivir con ella estando ella presente”</i> (732:861) - D 1: Familiar3_doc_prim_3	Experiencias pendientes.	Tiempo limitado
<i>“me da igual si trabajo o no trabajo, no le encuentro diferencia si lo hago o no lo hago, en estos momentos no me conozco, no tengo ahora mismo nada que me motive a salir cada día, sin mi madre así me siento”</i> (2812:3019) - D 1: Familiar3_doc_prim_3	Pérdida del sentido a la vida.	Falta de motivación Indiferencia.
<i>“Yo me siento vacía, no le encuentro sentido”</i> (2734:2776) - D 1: Familiar3_doc_prim_3	Sensación de vacío.	Sentimiento de vacío existencial
<i>“ya que mi mama ha sido una mujer sana no ha presentado mayor complicación en su vida en cuanto a enfermedades y estar pasando por un momento así inesperado y grave”</i> (535:698) - D 1: Familiar3_doc_prim_3	Gravedad inesperada.	Situación imprevista.
<i>No tengo quien me apoyo, no cuento con más nadie, no sabría cómo afrontarlo.</i> (1183:1258) - D 1: Familiar3_doc_prim_3	Ausencia de apoyo familiar.	Falta de ayuda.
<i>“con respecto al sufrimiento no deberíamos sentirlo ni vivirlo, no se lo deseo nadie, porque ahora sé lo que siente y no me gustaría que alguien más pasara por algo así”.</i> 2189:2340) - D 1: Familiar3_doc_prim_3	Rechazo al sufrimiento.	Experiencia dolorosa.
<i>“No sé qué va ser de mí porque es la única persona que tengo en la vida”</i> (1051:1181) - D 1: Familiar3_doc_prim_3	Desamparo	Orfandad.
<i>“Ahora mismo, me hace reflexionar muchas cosas, porque el tener a mi madre cerca de la muerte me hace pensar en lo que he hecho con mi vida hasta ahora”.</i> (2484:2636) - D 1: Familiar3_doc_prim_3	Reflexión sobre la vida propia.	Preocupación

Fuente: Franco Sánchez (2025)

Continuando con el rigor científico de la investigación para su validez y confiabilidad se presenta a continuación el proceso de la segunda triangulación metodológica, a través del Test Pil (Sentido de la Vida)

CUADRO 13 TEST PIL (SENTIDO DE LA VIDA)

	1	2	3	4 Neutral	5	6	7
1-Generalmente me encuentro:	Aburrido				5		Entusiasmado
2-La vida me parece	Aburrida			4			Emocionante
3-En la vida tengo:	Ninguna meta				5		Muchas metas y anhelos definidos
4-Mi existencia personal es:	Sin sentido ni propósito		3				Llena de sentidos y propósitos
5-Cada día es:	Exactamente igual		3				Siempre nuevo y diferente
6-Si pudiera elegir:	Nunca habría nacido			4			Tendría otras nueve vidas iguales a esta
7-Después de jubilarme:	Holgazanearía el resto de mi vida				5		Haría las cosas emocionantes que siempre deseé realizar
8-En el logro de mis metas vitales:	No he conseguido ningún progreso				5		He llegado a mi realización completa
9-Mi vida es:	Vacía y llena de desesperación						Un conjunto de cosas buenas y emocionante
10-Si muriera hoy, me parecería que mi vida ha sido:	Una completa basura)						Muy valiosa
11-Al pensar en mi propia vida:	Me pregunto a menudo la razón por la que existo			4			Siempre encuentro razones para vivir

12-Tal y como yo lo veo en relación con mi vida, el mundo:	Me confunde por completo						Se adapta significativamente a mi vida
13-Me considero:	Una persona irresponsable					6	Una persona muy responsable
14-En cuanto a la libertad de que dispone para hacer sus propias elecciones, creo que el hombre es:	Completamente esclavo de las limitaciones de la herencia y del ambiente		3				Absolutamente libre de hacer todas sus elecciones vitales
15-Con respecto a la muerte, estoy:	Falto de preparación y atemorizado						Preparado y sin temor
16-Con respecto al suicidio:	Lo he considerado seriamente como una salida a mi situación		4				Nunca le he dedicado un segundo de pensamiento
17-Considero que mi capacidad para encontrar un significado, un propósito en la vida es:	Prácticamente nula		3				Muy grande
18-Mi vida está:	Fuera de mis manos y controlada por factores externos		3				En mis manos y bajo mi control
19-Enfrentarme a mis tareas cotidianas supone:	Una experiencia dolorosa y aburrida						Una fuente de placer y satisfacción
20-He descubierto:	Ninguna misión o propósito en mi vida					6	Metas claras y un propósito satisfactorio para mi vida
Puntuaciones	4	0	15	16	20	12	7
Total	67 PUNTOS						

Interpretación: Al tener en cuenta el total máximo de 140 puntos del test PIL, considera que quienes obtienen puntuaciones inferiores a 90 se encuentran en un estado de vacío existencial.

La sumatoria del Test Pil (Sentido de la Vida) correspondiente al familiar 3, es de un total de **67 puntos**, reportando que dicho informante se encuentra en un estado **de vacío existencial**, el cual queda reflejado en las respuestas a las preguntas realizadas durante la entrevista:

ENT: Puede comentarme sobre la vivencia que ha tenido desde que su familiar ingreso a la UCI.

He tenido un shock emocional ya que mi mama ha sido una mujer sana no ha presentado mayor complicación en su vida en cuanto a enfermedades y estar pasando por un momento así inesperado y grave, y estar tan cerca de la muerte siento que no nos ha dado tiempo de convivir juntas quedando cosas pendiente que me gustaría vivir con ella estando ella presente, ya que ha sido un gran apoyo para mí en los momentos más difíciles, y tener que separarme de ella en estas circunstancias es bastante y no sé cómo enfrentar su ausencia, es bastante duro. No sé qué va ser de mí porque es la única persona que tengo en la vida, es mi motor, que me mantiene, que me motiva, lo que yo soy. No tengo quien me apoye, no cuento con más nadie, no sabría cómo afrontarlo. No estoy preparada para esto. En estos momentos siento mucho miedo. En estos momentos siento mucha angustia, miedo y dolor porque al volver a casa ya no está. Siento angustia al no saber si se va a salvar o no, angustia de no saber si está sufriendo y también de no haber estado con ella cuando sucedió todo. Siento miedo que mi madre no se pueda salvar, de salir de esta situación de quedarme sola, y sin un rumbo en mi vida. Me siento desorientada, no sé qué pasara y llegara ser de mi vida sin ella. Y eso me angustia más, porque es como iniciar una nueva vida, ya que todo cambiaria. No veo un futuro sin ella. Por otra parte, a pesar de que está muy mal tengo fe, de que pueda salir de esto, quizás no sea fácil. Me apoyo en Dios para eso.

ENT: Puede describir cuáles son sus emociones Inestabilidad, angustia, miedo, dolor, vacío, perdida.
ENT: ¿Qué opinión le da a usted el sufrimiento? Que no deberíamos sentirlo ni vivirlo, no se lo deseo nadie, porque ahora sé lo siente y no me gustaría que alguien más pasara por algo así
ENT: ¿Qué opinión tiene sobre la muerte? No estoy prepara para eso, a pesar de que sé que nos volvemos a encontrar en otra vida. Ahora mismo, me hace reflexionar muchas cosas, porque el tener a mi madre cerca de la muerte me hace pensar en lo que he hecho con mi vida hasta ahora.
ENT: ¿Qué opinión tiene sobre el vacío existencial o pérdida del sentido de la vida? Yo me siento vacía, no le encuentro sentido a que estoy haciendo con mi vida, me da igual si trabajo o no trabajo, no le encuentro diferencia si lo hago o no lo hago, en estos momentos no me conozco, no tengo ahora mismo nada que me motive a salir cada día, sin mi madre así me siento.

CUADRO 14 TRIANGULACIÓN REFLEXIÓN FENOMENOLÓGICA

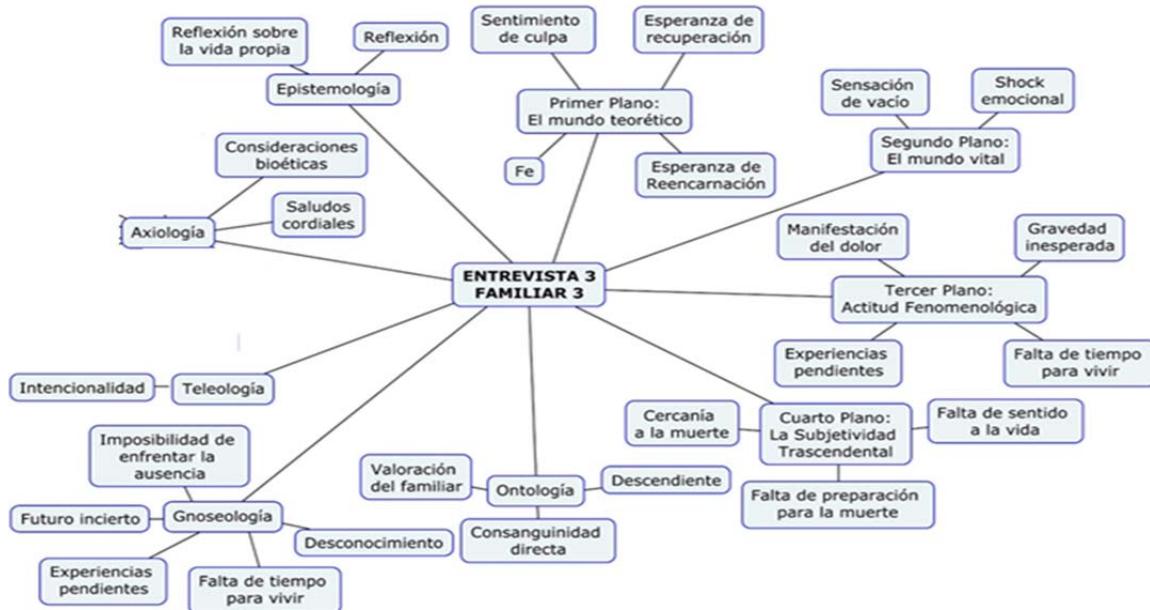
SUBFAMILIA	EVIDENCIA FENOMENOLÓGICA	CATEGORÍA
Primer Plano: El mundo Teórico	Líneas: 26-27	Sentimiento de culpa
	Líneas:36-37	Apoyo divino.
	Línea: 38	Esperanza de recuperación.
	Línea: 45	Esperanza de reencarnación.
Segundo Plano: El mundo vital	Línea: 51	Sensación de vacío.
	Línea: 1	Vivencia emocional.
	Líneas:41-42	Rechazo al sufrimiento..
	Líneas: 31-32-33-34-35	Futuro incierto.

SUFBAMILIA	EVIDENCIA FENOMENOLÓGICA	CATEGORÍA
Tercer Plano: Actitud Fenomenológica	Línea: 2	Gravedad inesperada.
	Línea: 45	Falta de tiempo para vivir.
	Línea:8	Experiencias pendientes.
Cuarto Plano: La subjetividad trascendental	Líneas: 52-53	Falta de sentido a la vida.
	Línea: 24	Muerte e Incertidumbre.
	Líneas: 18-19	Falta de preparación para la muerte.
Ontológico	Líneas: 16-17	Valoración del familiar.
	Líneas: 14-15 .	Sensación de soledad.
	Líneas:20-21-22-23	Miedo a la soledad.
	Líneas: 28-29	Muerte e Incertidumbre.
	Líneas:4-5-6	Cercanía a la muerte
Gnoseológico	Línea:	Falta de tiempo para vivir
	Líneas: 47-48-49	Reflexión sobre la vida propia.
	Líneas: 11-12	Imposibilidad de enfrentar la ausencia
	Línea: 13	Proyección de futuro Futuro incierto.

Fuente: Franco Sánchez (2025)

Seguidamente, se presenta en la Figura N° 12, la visión esquemática de las relaciones existe entre las categorías y los códigos Atlas.ti, los cuales se asocian explícitamente con la configuración de la triangulación interna.

FIGURA 12
ESTRUCTURACIÓN CATEGORIAL DE LA INFORMACIÓN



Fuente: Franco Sánchez (2025)

Se presenta la tercera Reflexión Concluyente, hermenéutica del fenómeno de estudio relatado y descrito por parte del informante.

REFLEXIÓN CONCLUYENTE 3: LO HERMENÉUTICO

El conjunto de categorías presentadas revela una compleja red de emociones, pensamientos y experiencias que se entrelazan en torno a la finitud de la vida. El vacío existencial emerge como un eje central que organiza y da sentido a estas vivencias, manifestándose de diversas maneras y generando un profundo impacto en la subjetividad del informante, quien atraviesa esta experiencia dolorosa.

La consanguinidad directa y la relación de descendencia única subrayan la intensidad del vínculo familiar y el impacto devastador que genera la posibilidad de una pérdida inminente. La cercanía a la muerte, la gravedad inesperada de la enfermedad y la falta de tiempo para el convivir intensifican el dolor y la angustia. La separación física y la imposibilidad de enfrentar la ausencia proyectan un futuro incierto que genera un profundo vacío existencial.

Las emociones negativas predominan en este contexto, siendo el miedo, la angustia, el dolor y la sensación de soledad las más recurrentes. El miedo a la muerte, a la soledad y a un futuro incierto se entrelaza con sentimientos de culpa, desorientación y desamparo. La esperanza de recuperación, aunque presente, se ve constantemente desafiada por la gravedad de la situación.

La experiencia límite de la enfermedad crítica y la posibilidad de la muerte provoca una profunda reflexión sobre la vida propia. El vacío existencial se manifiesta como una sensación de falta de sentido, desconocimiento y desmotivación. La búsqueda de significado se expresa a través de la fe, la esperanza del reencuentro y la reflexión sobre la propia existencia.

En el primer plano del *mundo teórico*, la informante, a pesar de manifestar sentimientos de culpa, emerge su fe y la esperanza de recuperación, y la anticipación a la muerte se materializa en este caso en la esperanza de reunirse en otra vida. En el contexto de su *mundo vital*, se registra shock emocional acompañado de una posterior sensación de vacío.

Probablemente por rasgos generacionales, a pesar de la manifestación del dolor que se da al enfrentar una situación de gravedad inesperada, se reflexiona y se refleja nostalgia por las experiencias que no se han vivido y la falta de tiempo para compartir. Esta realidad, a pesar de que es recurrente y se presenta en todos los casos, en esta entrevista particularmente, la fugacidad es un rasgo distintivo.

El cuarto plano teórico, relacionado con la *subjetividad trascendental*, da cuenta de la falta de sentido hacia la vida producto de la cercanía de la muerte, realidad para la cual, de acuerdo con la visión de la informante, no se ofrece en la vida preparación para afrontarla. Llama la atención que la preocupación axiológica, se limitan a la valoración familiar; sin embargo, en el plano gnoseológico se presentan asuntos más complejos que redundan en el desconocimiento, el futuro incierto, las experiencias por vivir y una perspectiva egocéntrica que se refleja en la imposibilidad de afrontar el futuro.

CUADRO 15

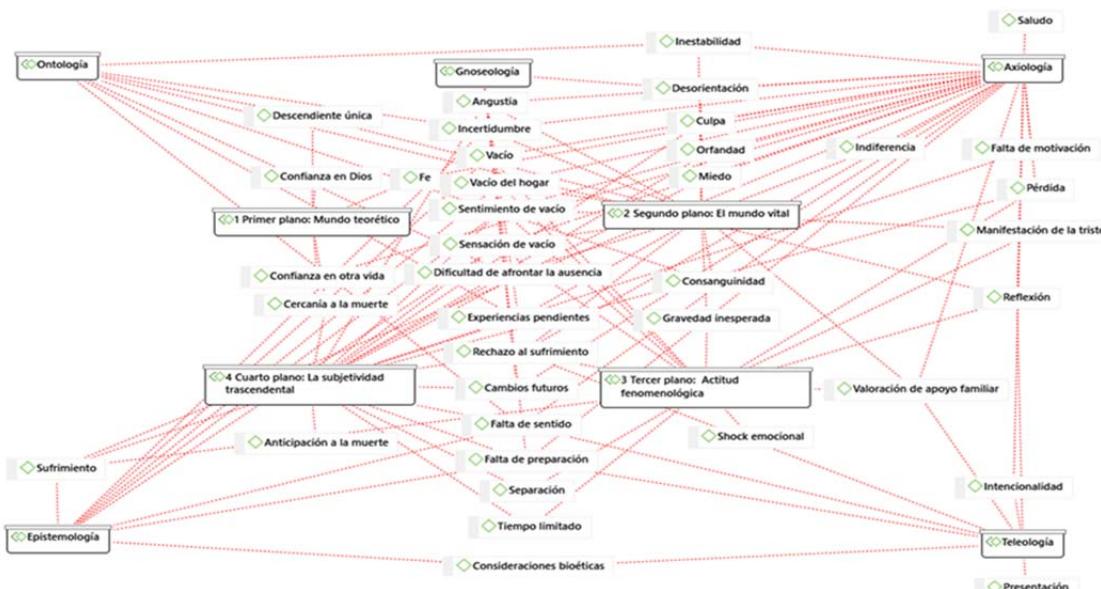
FINITUD DE LA VIDA	VACÍO EXISTENCIAL
Estar pasando por un momento así inesperado y grave, y estar tan cerca de la muerte siento que no nos ha dado tiempo de convivir juntas quedando cosas pendiente que me gustaría vivir con ella estando ella presente. Siento miedo que mi madre no se pueda salvar	Tener que separarme de ella en estas circunstancias es bastante y no sé cómo enfrentar su ausencia, es bastante duro. No sé qué va ser de mí porque es la única persona que tengo en la vida No estoy preparada para esto. En estos momentos siento mucha angustia, miedo y dolor porque al volver a casa ya no está. Quedarme sola, y sin un rumbo en mi vida. No sé qué pasará y llegará ser de mi vida sin ella.

FINITUD DE LA VIDA	VACÍO EXISTENCIAL
	No veo un futuro sin ella
	No estoy preparada para la muerte
	El tener a mi madre cerca de la muerte me hace pensar en lo que he hecho con mi vida hasta ahora.
	Yo me siento vacía, no le encuentro sentido a que estoy haciendo con mi vida, me da igual si trabajo o no trabajo, no le encuentro diferencia si lo hago o no lo hago
	En estos momentos no me conozco
	No tengo ahora mismo nada que me motive a salir cada día, sin mi madre así me siento.

Fuente: Franco Sánchez (2025)

En la Figura Nº 14, se presenta la red de relaciones entre las categorías presentes en la Reflexión Concluyente.

FIGURA 13
RED DE RELACIONES ENTRE CATEGORÍAS DE LA INFORMACIÓN



Fuente: Franco Sánchez (2025)

ESCENARIO V

DEVELAMIENTO DEL VACÍO EXISTENCIAL ANTE LA FINITUD DE LA VIDA

“El vacío existencial se entiende como una respuesta natural ante la finitud de la vida, y paradójicamente a la vez, se manifiesta en la falta de respuestas a preguntas fundamentales sobre la vida y la muerte”

Cesar Franco

Desde la hermenéutica de los relatos obtenidos y el aporte de referentes teóricos, se presentan treinta y seis (36) aspectos que permiten visualizar los elementos categoriales que develan el fenómeno de estudio.

La enfermedad, como parte de nuestra realidad biológica, y la muerte, como parte de nuestra realidad existencial, son condiciones humanas que nos hacen emocionalmente vulnerables frente a situaciones de dolor y sufrimiento, sobre todo cuando nuestra existencia terrenal está en juego ⁽¹⁾.

1.- El hecho biológico de morir, al ser una realidad ineludible, genera un rechazo total, dado que la muerte se convierte en la experiencia existencial más traumática. La vivencia de este trauma se traduce en un vacío existencial que provoca un desgaste afectivo considerable. De esta manera, la conciencia de la muerte es, en esencia, el agujero negro en la vida existencial humana:

“Ya me han comentado los doctores que hay una alta probabilidad de morir.”
“Creo que en estos momentos, el poco consuelo que puedo tener es que, a pesar de cómo está, estoy cerca de ella.”
“Intento tener un recuerdo de la última vez que lo vi normal, antes de que pasara todo.”

2.- No hay duda de que, en el pensamiento colectivo, las UCI son escenarios donde la enfermedad y la muerte, como almas gemelas, son protagonistas; espacios que generan miedo y aprehensión ⁽²⁹⁾, y que están destinados a pacientes graves, próximos a la posibilidad de la muerte ⁽³⁰⁾:

“Tengo miedo, mucho miedo de que muera.”

“Siento miedo de que mi madre no se pueda salvar.”

“Mis pensamientos están en que ya no estará más conmigo.”

“No tengo claro una solución a lo que está viviendo. Y más allá de imaginarme que saldrá de esto, siento que es lo contrario; mis pensamientos están en que ya no estará más conmigo.”

3.- Cuando un paciente se encuentra en un estado vulnerable de extrema gravedad y es ingresado en la UCI, se produce un gran impacto que genera en los familiares un cúmulo de sensaciones emocionales. Este impacto se exacerba debido a que permanecen en un ambiente que, de cierta manera, se percibe como hostil, un escenario cargado de incertidumbre, impotencia y miedo ^(15,16), lo que provoca un alto riesgo de inadaptación, entrando en un estado de crisis y en una experiencia emocional muy dolorosa:

“Siento estrés, desesperación, enojo.”

“Desde que lo encontré en casa, todo ha cambiado en mí.”

“Tristeza, soledad, desprotección, ansiedad, miedo.”

“Es un choque emocional tremendo.”

4.- La gravedad de la condición crítica del paciente y la probabilidad de morir se convierten para los familiares en una amenaza psicológica, generando dolor emocional, desesperación, impotencia, vulnerabilidad, culpa, miedo, ansiedad y soledad, que los lleva a cuestionar el sentido y significado de la vida y la muerte

en cuanto a su trascendencia existencial:

“En estos momentos siento mucha angustia, miedo y dolor porque al volver a casa ya no está.”

“Ahora mismo mis pensamientos de futuro no están claros, debido a un inmenso miedo a que fallezca.”

5.- *Ante la posible finitud de la vida del paciente en estado crítico, los familiares experimentan preocupación e incertidumbre respecto al destino de su ser querido ante la percepción inminente de su muerte:*

“No sé por qué, pero siento como que ya está muerto.”

6.- La idea de la posible finitud de la vida desencadena, en muchas ocasiones, una reflexión sobre el gran valor que representa la vida:

“Tener a mi madre cerca de la muerte me hace pensar en lo que he hecho con mi vida hasta ahora.”

“...desde que llamé a la ambulancia hasta llegar acá, intentando todo lo posible por salvarle la vida.”

7.- Nadie está preparado, y aún menos cuando el estado de salud es crítico, lo que puede generar una crisis existencial ante el sufrimiento derivado de la enfermedad y muerte de un ser querido:

“No estoy preparada para la muerte.”

“Son cosas para las que no estás preparado.”

8.- Cuando se vive este tipo de situaciones, el familiar toma conciencia de la circunstancia existente: muerte y/o duelo, commoción, tristeza, el dolor de la ausencia física ante la posibilidad de perder a su ser querido:

“No sé qué pasará ni qué será de mi vida sin ella.”

“No veo un futuro sin ella.”

9.- El desajuste emocional constante se traduce en una gran labilidad afectiva, que algunos expresan como estar en el limbo o en una zona de penumbra:

“Ahora mismo me siento sin rumbo, no sé cómo seguir sin él.”

“Me siento deprimido y sin rumbo.”

10.- La vida alrededor del familiar carece de sentido, percibiéndose como translúcida, no solo por estar ante un vacío existencial, sino también por la probable finitud de la vida de su ser querido:

“Hubo un momento en que caminaba inerte, sin rumbo; era como si todo lo que estaba a mi alrededor no existiera. No que no existiera, sino que yo no formaba parte de este mundo, que todo a mi alrededor tenía su lugar, pero yo no. Fue una sensación muy extraña que nunca había sentido. Caminaba sin rumbo. No me sentía humano. Fue como un trance.”

11.- Durante la crisis vital, el núcleo familiar experimenta reacciones emocionales significativas: estrés, miedo, depresión, angustia, soledad, incertidumbre y llanto (27).

“No entiendo lo que sucede.”

12.- La familia sufre ansiedad, angustia y estrés, sentimientos que surgen frente a la posibilidad de la muerte, acompañados por una aprehensión o temor hacia el área hospitalaria (28):

“Siento angustia al no saber si se va a salvar.”

“Quiero que esto no esté pasando.”

“Siento angustia de no saber si está sufriendo.”

13.- Ante la finitud de la vida, además de expresar el sentimiento de vacío existencial, los familiares manifiestan culpa por el impacto de la realidad que rodea a su ser querido:

“Tengo en mente repetidamente que fallamos, que se falló; son preguntas que me hago.”

“En las pocas oportunidades que pudo haber tenido algún problema y estar afectada, podía hacer algo al respecto. Pero lo que está pasando, yo no puedo hacer nada más allá de darle compañía.”

“Siento angustia por no haber estado con ella cuando sucedió todo.”

14.- Cuando el familiar se enfrenta a la posible finitud de la vida de su ser amado, se produce una profunda angustia emocional que se vive desde la incertidumbre, generándose vacío existencial y pérdida del sentido de la vida respecto a quién será en el futuro ⁽⁵⁰⁾:

“Me siento vacía, no le encuentro sentido a lo que hago con mi vida, me da igual si trabajo o no.”

15.- En este punto, Frankl ⁽⁵⁰⁾ sostiene que en la muerte también se vive, en cualquier situación:

“Ayer salí del hospital y me sentí tan mal, porque podía suceder cualquier cosa mientras no estaba, y eso incrementó mi angustia y ansiedad.”

16.- La muerte del ser amado adquiere un lugar central en la dinámica familiar, ya que modifica el estilo de vida, generando situaciones que van desde asumir la soledad hasta modificar el hábitat y las costumbres, lo que implica un punto de inflexión en la vida de estas personas:

“No sé qué será de mí porque es la única persona que tengo en la vida.”

17.- Asimismo, el impacto de la muerte varía según el vínculo que une a la persona con el fallecido ⁽³²⁾:

“He enterrado a mis abuelos, pero un hermano es algo que uno no quisiera.”

“En mi caso, mi madre lo es todo.”

“Tener que separarme de ella en estas circunstancias es muy duro y no sé cómo enfrentar su ausencia.”

“Lo que se siente con un hermano es muy distinto a lo que se siente con otra persona.”

“Me pregunto cómo será entonces la muerte de mis padres, que uno podría pensar en suicidio, porque esto es enorme.”

18.- En línea con Frankl y Scheler ⁽⁵³⁾, quienes plantean que el sufrimiento es un acto libre y responsable que motiva a dar sentido a la vida, los familiares entrevistados rechazan totalmente el sufrimiento, y este planteamiento no se cumple para ellos:

“No debería existir el sufrimiento. Esto que siento no lo debería sentir nadie en ningún momento.”

19.- Para Erich Fromm ⁽⁴⁷⁾, lo importante no es el sentido general de la vida, sino el significado concreto que tiene para cada individuo en un momento dado:

“Estar pasando por un momento así, inesperado y grave, tan cerca de la muerte, siento que no nos ha dado tiempo de convivir juntas, quedando cosas pendientes.”

“Siento que no nos ha dado tiempo de convivir juntas, y hay cosas que me gustaría vivir con ella estando presente.”

“Y me digo: Dios mío, ya nunca más vamos a ser cuatro hermanos.”

20.- Según Martela y Steger ⁽⁴⁸⁾, para vivir en el mundo como seres reflexivos, los humanos necesitan comprender el entorno, hallar una dirección para sus acciones y encontrar valor en sus vidas; sin embargo, para los familiares entrevistados, esto ha sido sumamente imposible...comprender el mundo que los rodea:

“Me da igual si trabajo o no, no encuentro diferencia, en estos momentos no me conozco ni tengo motivación para salir cada día, sin mi madre me siento así.”

Hallar una dirección para sus acciones:

“Siento miedo y no tengo rumbo. Me siento desorientada.”

Encontrar valor en sus vidas:

“Me angustia más porque es como iniciar una nueva vida, ya que todo cambiaría.”

21.- La pérdida del sentido de la vida reside en la ausencia de los seres amados, lo que rompe la armonía y presenta el caos:

“Me siento vacía, no le encuentro sentido a nada.”

22.- El ser humano procura eludir situaciones de angustia e incertidumbre, que generalmente conducen al sufrimiento, sobre todo cuando se trata de enfermedad y muerte, pues ambas realidades “nos dejan sin recursos para enfrentarlas, convirtiéndose en fuente de frustraciones existenciales que aumentan el sufrimiento” ⁽³⁾, generalmente relacionado con una crisis o vacío existencial:

“Quisiera estar dormida o muerta para no sentir lo que siento.”

“Debería existir algo que borre de tu memoria todo lo vivido con esa persona para no sufrir.”

“Es terrible, no debería existir ese sentimiento.”

“Con respecto al sufrimiento, no deberíamos sentirlo ni vivirlo; no se lo deseo a nadie, porque sé lo que se siente y no quisiera que alguien más pase por algo así.”

23.- Para Erik Erikson ⁽⁴⁾, el vacío existencial puede considerarse una crisis psicológica o moral en la cual la persona que la experimenta formula preguntas fundamentales sobre la existencia humana. Generalmente, se cuestiona el sentido de la vida y la fe en la creencia de un ser supremo llamado Dios, la cual con frecuencia se debilita o incluso se pierde. Es decir, se produce un cambio en la cosmovisión del Ser que puede conducir a la pérdida del sentido de la vida:

“Siento enojo y quiero hablar con Dios para preguntarle por qué está sucediendo todo esto. Quiero verlo cara a cara y que me explique por qué le está pasando esto a mi hermano.”

“Le pido mucho, mucho a Dios para que mi mamá mejore. No sabes cuánto (llora). Le he hecho muchas promesas si logra salir bien de esto, pero eso no calma lo que siento. No calma mi dolor.”

“Por otra parte, aunque está muy mal, tengo fe de que pueda salir de esto, quizás no sea fácil. Me apoyo en Dios para eso.”

24.- El vacío existencial se manifiesta de diversas formas, desde la inestabilidad emocional y el dolor físico hasta el rechazo de la experiencia y la falta de preparación. La angustia y el vacío se convierten en las expresiones más directas de una profunda crisis existencial:

“Siento que he perdido esa parte positiva, el optimismo y el positivismo.”

“Quedarme sola y sin un rumbo en mi vida.”

“Nunca antes había experimentado esta sensación de vacío que ahora siento.”

25.- Necesitamos del otro; se requiere del apoyo del otro para sostenernos, aconsejarnos, acompañarnos y consolarnos, pues esto es propio de la condición humana:

“Él es mi soporte y pilar, y me siento como descarriada.”

“Me siento huérfana, sin saber quién me va a ayudar a seguir adelante; estoy desorientada.”

26.- La amenaza de muerte trasciende el ámbito de la autoconciencia, pues es en la finitud de la vida del ser querido que los familiares toman plena conciencia de la máxima condición del Ser. Así, la vida deja de ser vista como una condición inquebrantable para convertirse en una realidad frágil, y sin ella dejamos de existir, quedando al desnudo nuestra vulnerabilidad:

“Generalmente, la muerte impacta profundamente.”

“He tenido un shock emocional, ya que mi mamá ha sido una mujer sana, sin mayores complicaciones en cuanto a enfermedades, y estar pasando por un momento así, inesperado y grave, tan cerca de la muerte, es muy duro.”

27.- Somos seres que, desde el nacimiento, ya estamos muriendo; por lo tanto, todo lo que hacemos durante la vida es esperar el momento de la muerte. La vida se compone entonces de pequeños y grandes momentos que arropan nuestras vivencias y nos mantienen ocupados mientras avanzamos hacia nuestro único destino: morir ⁽¹⁾. La sola idea de la muerte commueve:

“Tener que separarme de ella en estas circunstancias es muy duro y no sé cómo enfrentar su ausencia.”

“En estos momentos siento mucho miedo.”

28.- Ser conscientes de que todos vamos a morir es parte esencial de la vida y de la naturaleza humana; la posibilidad de morir es la realidad más propia, cierta, insuperable, inminente, inevitable e irrebasable:

“La miro ahora mismo sedada, vulnerable en esa cama, con tantos aparatos encima, ya no es la misma.”

29.- En este contexto, debemos entender que la vida y la muerte ocurren continuamente, coexistiendo de manera inseparable, en un mismo aliento. Solo cuando el individuo se acerca o enfrenta la muerte, ya sea la propia o la de un ser querido, surgen preguntas sobre su significado y trascendencia. Es en ese momento cuando la mente proyecta que debe existir algo más. Para Frankl (50), las causas fundamentales del vacío existencial, lo que él denominó la triada trágica, son el sufrimiento, la culpa y la muerte:

Sufrimiento:

“...y me desespero porque no sé cuánto más va a durar todo esto.”

Culpa:

“En las pocas oportunidades en que pudo haber tenido algún problema y estar afectada, podría haber hecho algo al respecto.”

Muerte:

“No deberíamos morir, porque es muy dura la ausencia de alguien a quien amas.”

30.- A pesar de que inicialmente expresan dificultad y miedo, los familiares manifiestan que no encuentran palabras para expresar la situación dolorosa que viven. Por ello, hablar sobre la muerte se vuelve complicado, considerándola como una posibilidad ineludible para todos nosotros ⁽²⁹⁾:

“No sé qué pensar sobre la muerte. No lo tengo claro.”

31.- En su esencia, el ser humano es espiritual; esta espiritualidad proviene de un impulso interno que dinamiza las dimensiones de la existencia. Edgar Morín ⁽⁴¹⁾, desde una mirada antropológica sobre la muerte, señala que una de las

herramientas del ser humano para enfrentar la realidad de su mortalidad es la creencia en seres sobrenaturales, en la existencia del alma y, sobre todo, en la promesa de una vida eterna, sustentada en la fe en una existencia más allá de la muerte:

“No estoy preparada para eso, aunque sé que nos volveremos a encontrar en otra vida.”

“...a pesar de que está muy mal, tengo fe en que pueda salir de esto; quizás no sea fácil. Me apoyo en Dios para eso.”

32.- La muerte es un componente constitutivo de la vida humana y genera en el ser humano un rechazo profundo hacia su naturaleza biológica. Morir se convierte en la experiencia existencial más traumática y la vivencia de este trauma se traduce en un vacío existencial que conlleva un desgaste afectivo, causando un descontento íntimo con la propia biología y una ruptura que fragmenta la relación del ser humano con su especie ⁽⁴¹⁾:

“Si tenemos que morir, que todos muramos viejos.”

“Alguien joven no debería morir.”

“Deberíamos todos llegar a viejos y, si la muerte es parte de la vida, no debería hacernos sentir mal.”

33.- Se toma conciencia de que la muerte implica la finitud de la existencia terrenal y, con ello, la condena a morir. Philippe Ariès ⁽⁴³⁾ observa que, en este período de conciencia, existe una estrecha relación entre la muerte y la biografía personal:

“Siento que he perdido esa parte positiva, el optimismo y el positivismo.”

34.- Según Ariès⁽⁴³⁾, a los sobrevivientes actuales les cuesta más aceptar la muerte ajena que en tiempos pasados. Así, la muerte temida no es tanto la propia, sino la del otro:

“Siento que una parte de mí no está; aunque él no ha muerto, ya me han comentado los doctores que hay una alta probabilidad.”

35.- La anticipación de la muerte suele ser dramática, pues, incluso sin haberse presentado, genera fuertes impactos emocionales:

“La verdad es que estoy viviendo mucho estrés.”

“Nadie imagina por lo que estoy pasando.”

“Siento que estoy en shock.”

“¿Hasta cuándo tendré que pasar por situaciones dolorosas, una más fuerte que otra?”

36.- La sumatoria del Test PIL (Sentido de la Vida) mostró que el familiar 1 obtuvo un total de 52 puntos; el familiar 2, 66 puntos; y el familiar 3, 67 puntos. Esto indica que los tres informantes clave se encontraban en un estado de vacío existencial.

En resumen: Martin Heidegger⁽⁴⁵⁾, en su análisis, manifiesta que, al “participar del mundo”, tenemos muchas posibilidades, pero solo una es segura: la posibilidad de morir. Por ello, “estar-en-el-mundo” implica avanzar hacia la finitud, lo que equivale a acercarse a la propia muerte y al “no-ser”.

La muerte es una realidad única, natural y universal en nuestra existencia, y está inmersa en múltiples connotaciones sociales, filosóficas y religiosas, las

cuales afectan nuestro comportamiento, emocionalidad y vivencias a lo largo de la vida.

Por ello, según Medina ⁽¹⁾, estamos atrapados en un mundo donde nuestro destino es morir, dado que, pese a tener conciencia de nosotros mismos y haber domesticado nuestros instintos y naturaleza biológica, moriremos. Esta ineludible realidad nos lleva socioculturalmente a crear mitos y creencias que determinan cómo vivenciamos y afrontamos la enfermedad y la muerte.

Dentro de este marco, Merleau-Ponty ⁽⁶⁸⁾ considera que la realidad no habita únicamente en el interior del ser humano, sino que él es parte del mundo, y el mundo existía incluso antes que el hombre.

Respecto a la finitud de la vida del paciente crítico hospitalizado en una UCI, Philippe Ariès ⁽⁴³⁾ hace referencia a la “muerte invertida”: la muerte ha abandonado el hogar familiar, ya no se muere en casa rodeado de seres queridos, sino en un hospital, a menudo en una unidad de cuidados intensivos, intubado e inconsciente. El paciente muere en soledad, en ausencia física de los familiares, quienes solo pueden estar alrededor de la cama. De esta manera, la muerte deja de ser un asunto familiar para convertirse en competencia del mundo médico. Son los médicos quienes determinan que ha llegado la finitud de la vida y se encargan del último cuidado y de la muerte. En nuestra sociedad, el hospital es el principal contexto donde se suministra el cuidado sanitario y donde se sitúa la muerte ⁽⁴⁴⁾.

Finalmente, en la búsqueda de sentido a la vida, siempre nos enfrentamos a su carácter finito, pues la muerte forma parte inherente de nuestra existencia⁽¹⁾.

ESCENARIO VI

CONSTRUCCIÓN TEORÉTICA SOBRE EL SIGNIFICADO DEL VACÍO

EXISTENCIAL ANTE LA FINITUD DE LA VIDA

“La finitud de la vida como realidad existencial, el vacío existencial como realidad vivencial, realidades inseparables, desde el mismo instante que el hombre tuvo conciencia de su mortalidad”

Tadeo Medina

Construir remite indefectiblemente a una acción, a una práctica, pero en este menester se acude a una teorética que debe asumirse opuesto a la práctica y obliga a quedarse en las ideas y en los conceptos abstractos.

En este Aporte Doctoral se ha pensado en la generación de una teorización eidética como teorética del vacío existencial ante la finitud de la vida en los familiares de pacientes críticos ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. Este paso sirve para garantizar que se aprehende el objeto de una manera plena; analizar la información y reconstruir el fenómeno en relación con el contexto en el que se produce, en un proceso de interpretación intersubjetiva de los significados para objetivarla en una realidad epistemológica que exhibe un escenario: las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) de un Centro Hospitalario en Valencia, Venezuela; unos participantes: el paciente crítico y sus familiares; y unos acontecimientos: evasión del sufrimiento, promesas trascendentales, solicitud de ayuda divina...

La teoría convertida en modelo para el investigador, brinda una estructura conceptual, intangible, sistemática y coherente para ordenar los fenómenos de la investigación. Con estos trazos, la teorética emplea los recursos que están a la disposición para lograr la síntesis final de este estudio; en este proceso he hecho un esfuerzo por integrar los aportes de los autores reseñados, en los momentos epistemológico y metodológico, cuando la especulación interpretativa se vincula con los fenómenos estudiados después del trabajo de reflexión que me llevó a la categorización.

La situación de tener a un ser querido en una UCI expone de golpe a los familiares a una realidad: la finitud de la vida. Este hecho inesperado y a menudo traumático sumerge a los familiares en un proceso emocional profundo donde la sensación del vacío existencial se manifiesta como una experiencia impactante. El estudio teórico actual tiene como objetivo comprender la forma en que se experimenta el vacío existencial desde la perspectiva de los familiares quienes sus seres queridos están en un estado crítico y cómo esta vivencia alterna su percepción de la vida y la muerte junto al sentido de la existencia.

Esta situación extrema despierta en los familiares, emociones fuertes, pérdida del sentido, desbordamiento emocional con angustia y un enfrentamiento directo con la muerte del otro y su reflejo en la muerte propia.

Los temas clave del vacío existencial, finitud de la vida, angustia, sentido, vivencias y experiencias, se exploran desde una perspectiva comprensiva

profundizando en su análisis, sin buscar generalizaciones ni etiquetas patológicas en la vivencia, sino en entenderla plenamente reconociendo sus implicaciones simbólicas, emocionales y espirituales para aquellos que enfrentan la posibilidad de perderlo todo.

Las Unidades de Cuidados Intensivos: un escenario de incertidumbre existencial

Las UCI's son espacios limítrofes, donde la vida y la muerte, yacen sobre un cuerpo conectado a equipos de gran eficiencia tecnológica. Son áreas donde lo cotidiano se ve interrumpido abruptamente y todo adquiere una distinta tonalidad. El sonido de los ventiladores, de las pantallas de monitorización y las alarmas de soporte vital dan un ambiente lleno de un clima totalmente artificial. Para los familiares, estar en este espacio supone un tipo de exilio en el cual sienten no estar en su mundo habitual sino que entran en una pausa en el tiempo.

El ser querido ya no es el mismo: esta sedado, intubado, asistido por una máquina que reemplaza el aliento que la vida dio como condición natural. Perciben que la vida ya deja su curso natural para ahora depender de otras manos. Sienten que están en descontrol. El núcleo familiar se disuelve, y con ello también los significados que daban sentido a la existencia.

Esta ruptura de lo cotidiano, asoma un nuevo sentir, que desde la mirada fenomenológica, dice Heidegger ⁽⁴⁵⁾, vive normalmente en la distracción, en la evasión de su Ser finito, o dicho por Jaspers ⁽⁵⁾ "situaciones límite" en los que se

produce un caos interno, floreciendo así la vulnerabilidad saliendo de su estado de latencia. La finitud de la vida, como condición límite, desarrolla en los familiares de pacientes críticos un quiebre emocional de gran complejidad, que alteran las perspectivas de comprensión sobre estructuras existenciales complejas hacia el mundo, como el sentido de la vida. La UCI, entonces se transforma en un escenario existencial⁽³⁰⁾.

Sin embargo, en medio del caos, se vislumbra también el amor como acto profundamente humano a pesar del colapso emocional. Ese amor que es capaz de pernoctar junto a una cama, a la espera inquietante de un contacto, una plegaria en silencio o una carta escrita, a manera de resiliencia, hechos que confirman que aún hay vida cuando el lenguaje se agota. La UCI, de algún modo, es un escenario también de humanidad, y en esa ambigüedad se instala el vacío existencial como sombra que no se aleja.

La sensación de vacío y las vivencias de los familiares desde las unidades de cuidados intensivos.

Hay lugares en el mundo donde el tiempo parece detenerse por un momento especial y la UCI es uno de ellos; allí el tiempo transita de una manera desafiante como si se resistiera al paso habitual de las horas y los minutos marcados por los relojes comunes que conocemos todos nosotros. Los corredores saturados del aroma de la espera nos envuelven en un ambiente cargado de incertidumbre y silencios llenos de preguntas sin respuestas inmediatas que se

reflejan en las miradas preocupadas detrás de las mascarillas protectoras. Es complicado encontrar las palabras adecuadas para expresar los sentimientos que nos embargan cuando la persona amada flirtea peligrosamente en el límite entre la vida y la muerte; sin embargo, lo que sí brota inesperadamente es un profundo vacío cuya resonancia recursiva dentro de cada uno de nosotros, es un eco constante y ensordecedor. Es lo que denominamos vacío de la existencia.

En la unidad de cuidados intensivos (UCI), los familiares del paciente gravemente enfermo, se enfrentan a la confusión provocada por la complejidad de los aspectos médicos y la enfermedad en sí misma; además de lidiar contra un ambiente hostil y frío lleno de inquietantes sonidos robóticos. Los familiares también tienen que enfrentarse a la vulnerabilidad y a la constante amenaza de que todo pueda cambiar en un instante; donde la vida que antes parecía segura ahora se vislumbra como frágil e incierta por completo. El vacío experimentado no se limita simplemente a tristeza. Algunos familiares me han contado que, en esos momentos, se perciben en un limbo, como si todo se detuviera, otros refieren que el dolor los transforma, mientras que para en otros, la esperanza y el amor surgen como una luz entre la tormenta, porque sienten que el familiar en condiciones críticas de salud, los necesita, de cerca, y también desde la distancia, como la brisa sutil que va y viene, y en donde quebrarse no es una opción en medio del dolor.

En la unidad de cuidados intensivos (UCI), surge una extraña paradoja. A pesar de estar rodeado de tubos, máquinas y protocolos, las batallas más

humanas se están librando allí. Una hija reza en silencio con un rosario en la mano, que ya no aprieta solamente en fe, sino en desesperación. Un hijo se sienta en la sala de espera con los ojos secos de llorar. Un hermano escribe cartas que tal vez nunca verán la luz del día. Detrás de todo lo accesorio, todos ellos se enfrentan a la misma pregunta que se cierne sobre nosotros cuando flotamos en la orilla de la vida y la muerte. Si su familiar sobrevivirá. Eso es el vacío existencial. No es solo el temor de morir el otro, es el vértigo de mirarse al espejo por dentro y no encontrar por un segundo dónde agarrarse.

Pero a veces, también es el comienzo de algo. Porque así como en medio del dolor puede aparecer una nueva manera de decir te amo, gracias, he aquí algo más. Algo que ocurre entre esas cuatro paredes, frías, y el sonido en las pisadas, no se queda ahí. Pues lo que pasa dentro de la UCI se va con quienes pasan por ella. Los familiares se van diferentes. Algunos con heridas, otros con un conocimiento que se mantiene en silencio. Han aprendido lo breve que es la vida y cómo el amor, desde estos márgenes, es más profundo. Más urgente. Más cierto.

Dimensiones de las Vivencias del Vacío Existencial

La experiencia de sentir la falta de sentido en la vida por parte de los familiares de pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos puede verse como un proceso que abarca cuatro (4) dimensiones: Dimensión de las Emociones, Dimensión Simbólica, Dimensión de las Relaciones y Dimensión de la Existencia.

1.-Dimensión de la Emocionalidad

Nadie está nunca preparado para recibir la llamada telefónica que desafía la lógica de lo cotidiano: "Un familiar está en cuidados intensivos". A partir de ese instante el corazón del familiar late de forma distinta; no solo más rápido sino también más profundo; llenándose de miedo y amor al mismo tiempo; ansioso y aferrándose desesperadamente a la esperanza de un desenlace favorable.

La idea de la finitud de la vida es, por lo tanto, más que la advertencia impersonal que atemoriza al familiar, transformando su vida en una angustia permanente de que, independientemente de sus pensamientos y acciones, el fin llegará, siendo todo lo que le queda: angustia, preocupación y el esfuerzo cotidiano en un entorno cada vez más hostil.

Aquí en este momento de existencia se experimentan emociones intensas y complejas: la irá dirigida hacia el sistema y hacia los profesionales médicos que no lograron salvar la vida; el sentimiento de culpa por no haber estado presente cuando más se necesitaba ayuda y por seguir viviendo mientras alguien querido se marchaba; también puede surgir un profundo asombro y una parálisis emocional que llevan al alma misma protegerse, al anular sus propias sensibilidades emocionales. En medio de todo también se manifiesta la ternura; un gesto cariñoso hacia el paciente y una lágrima compartida en silencio.

De modo que en esta dimensión, en el vacío existencial, esas emociones no son un obstáculo. Por lo tanto, el componente emocional no debe verse como

algo a eliminar, sino como un territorio sagrado. El que debe escucharse, lo que debe acompañarse, lo que debe aprobarse.

2.- Dimensión Simbólica Socio-Cultural

En los momentos cercanos al fallecimiento y en medio de la lucha entre la biología y el agotamiento del vocabulario especializado surge una comprensión singular: la importancia del simbolismo se hace presente en esta etapa donde lo visible nos orienta hacia lo invisible; cualquier gestualidad sencilla o acción cobra un significado profundo en esos momentos críticos experimentados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), donde el paciente enfrenta no solo una crisis médica sino también existencial. En el momento crucial de cambio: lo simbólico sirve como un enlace entre el dolor y lo que aún podemos soportar.

Para muchos familiares, esta experiencia profunda evoca antiguos símbolos que han permanecido en silencio durante mucho tiempo; la cruz y el rosario; una frase de la infancia memorable; una imagen sagrada; un ritual típico de nuestra herencia socio-cultural.

El simbolismo no proporcionará respuestas definitivas, pero sí ofrecerá un contexto valioso que ayuda a comprender el sufrimiento en un marco más amplio: uno de misterio y sacralidad que perdura para siempre. Tanto si se trata de una creencia religiosa tradicional como de una espiritualidad personal y difusa, los símbolos emergen cuando las personas intentan expresar lo inexplicable y encuentran significado en momentos trágicos.

Desde la perspectiva del existencialismo, destaca que los símbolos no son simples elementos decorativos ni engañan, sino que representan estructuras profundas que otorgan significado al ser humano en su esencia misma. En una situación dentro de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), presenciar cómo el cuerpo de un paciente en estado crítico, conectado a tubos y dependiente de máquinas puede ser interpretado como una escena llena de angustia. Sin embargo, para aquellos que lo valoran, ese cuerpo se convierte en un símbolo vivo de la historia compartida del vínculo que aún perdura y del misterio de existir y dejar de existir.

Un cuerpo en su sufrimiento puede emanar una belleza solemne que evoca lo que Merleau-Ponty⁽⁶³⁾ denominaría presencia palpable en lugar de mera biología; es la encarnación de una presencia viva que testimonia la existencia de alguien en este mundo terrenal en donde lo simbólico y lo físico se entrelazan armoniosamente pues un cuerpo enfermo transmite un mensaje más allá de su fragilidad aparente.

Lo simbólico también se manifiesta en las interacciones comunitarias: las conexiones entre personas en momentos de necesidad y apoyo mutuo como los mensajes reconfortantes y los abrazos compartidos en salas de espera; incluso el actuar de encender una vela en casa tiene un significado profundo y reconfortante para aquellos que nos rodean y nos importan. Es como si frente al vacío amenazante de la incertidumbre y la pérdida inminente del ser querido, el espíritu

humano instintivamente anhelara expresarse mediante un lenguaje más elevado y profundo que pudiera abarcar el misterio de la vida y la muerte.

El vacío existencial no es rechazado; más bien se transforma en algo distinto de la mera ausencia: puede convertirse en un espacio sagrado o en un terreno de cambio y renovación. La cercanía de la muerte puede ser interpretada como una pérdida devastadora o como una transición hacia una presencia diferente y desconocida. A menudo el ser querido no lo expresa abiertamente pero lo percibe internamente: que parte de lo vivido junto a esa persona especial no desaparece por completo. Que hay una continuidad que desafía la fugacidad del tiempo.

Por lo que el simbolismo no elimina el sufrimiento; más bien lo ilumina al proporcionar palabras donde faltan las adecuadas y dando forma a lo que es invisible para nosotros. En momentos de incertidumbre ofrece una certidumbre única: incluso en nuestra fragilidad hay algo que perdura y alcanza lo eterno.

3.- Dimensión de las Relaciones Interpersonales

Durante la estadía de los familiares, en la sala de espera de una unidad de cuidados intensivos, la vida cotidiana experimenta un vacío existencial, es la falta de la presencia del otro, tal y como solía ser antes; es la incertidumbre que se comparte entre los integrantes de la familia y la comunicación fragmentada que se establece al tratar asuntos relacionados al cuidado de salud, junto a los profesionales correspondientes. En ocasiones incluso el sufrimiento se manifiesta

y vive de una manera solitaria, muy individual. Cada miembro familiar atraviesa su propio proceso y no siempre logran entenderse mutuamente. Este impacto se exacerba por el hecho de permanecer en un ambiente que, de cierta manera, se percibe como hostil, un escenario cargado de incertidumbre, impotencia y miedo (15, 16).

La presencia del paciente, el cual la mayoría de las veces está inconsciente o conectado a máquinas, se convierte en un símbolo importante; representa el amor que se temen perder y ese convivir que puede estar en peligro de romperse en cualquier momento debido al hilo quebradizo que los une en medio de la enfermedad. En esta situación de distancia impuesta por la enfermedad, se hace más palpable y urgente la importancia del vínculo entre familiar y paciente. Cada gestualidad cobra un significado profundo y especial; desde un simple roce de manos hasta una palabra susurrada al oído o incluso una promesa renovada en silencio.

Sin embargo, también se establece una conexión importante con los profesionales de la salud en una atmósfera tan altamente técnica; allí es donde la interacción humana puede resultar ser un verdadero salvavidas. En ocasiones un gesto empático acompañado de una explicación clara o una actitud compasiva pueden tener más impacto que cualquier tratamiento médico posible. Cuando el médico o la enfermera no solo brindan información, sino que también consideran al familiar como un ser humano afectado por el sufrimiento se restaura algo fundamental: la confianza.

En último lugar se encuentra la relación consigo mismo, que también se transforma. La situación de acompañar en momentos límites hace que uno se enfrente a profundas interrogantes familiares; si lo que he hecho hasta ahora es lo correcto o qué sucederá con la pérdida del otro. En ocasiones, en medio de ese torbellino emocional surge la necesidad de reconciliación, ya sea consigo mismo, con los demás o incluso Dios. El lazo se transforma en el espacio donde se percibe la ausencia y al mismo tiempo donde comienza a surgir una esperanza.

Este ámbito de relaciones es en realidad un terreno de contradicciones: cercanía y distancia se entrelazan; conexión y separación coexistiendo; presencia y ausencia entrelazadas también en este territorio único de vínculos humanos. Es aquí donde las personas encuentran un reflejo del otro incluso en medio de su dolor; un espejo que les recuerda quiénes son realmente. Porque al observar el rostro de un ser querido enfermo o al sostener la mano de un profesional empático o compartir una mirada significativa con otro familiar, descubrimos que el vacío interior puede llenarse temporalmente por la calidez humana compartida.

4.- Dimensión Humana de la Existencia

En ocasiones ocurren eventos que nos separan abruptamente de nuestra rutina diaria de una forma inesperada y peculiar; no tanto por un acto de violencia física sino por una intensidad emocional profunda que nos estremece hasta lo más profundo del ser. Permanecer en la sala de espera de la unidad de cuidados intensivos y contemplar a un ser querido conectado a distintos dispositivos

médicos, mientras descansa en un sueño profundo en el límite entre la existencia y la muerte, es uno de esos momentos que nos estremece profundamente y nos hace reflexionar sobre lo verdaderamente valiosa que es nuestra existencia. Todo se reduce a lo más profundo de la vida, donde un gesto sencillo o un diagnóstico médico pueden alterarla por completo. También llega el silencio y la soledad acompañados por la angustiosa incertidumbre sobre el propósito de la vida cuando la misma puede esfumarse en un abrir y cerrar de ojos.

Desde una perspectiva existencialista filosófica, este momento no se percibe como algo sorprendente sino como una revelación. Martin Heidegger⁽⁴⁵⁾ lo explica de manera clara al afirmar que somos seres inexorablemente encaminados hacia la muerte. A pesar de estar orientados hacia nuestro final, en muchas ocasiones en nuestra rutina diaria, al estar sumergidos en el trasiego de lo práctico y lo urgente, no somos plenamente conscientes de nuestra mortalidad. Cuando sucede el hecho biológico de morir, la muerte se hace presente, y la misma deja de ser un concepto distante para convertirse en una realidad inminente, la cual nos permite abrazar una vida más genuina, en este sentido Heidegger⁽⁴⁵⁾ se refiere como vivir la vida de una manera auténtica; es decir, aceptar la limitación de nuestra temporalidad terrenal, no como un hecho trágico, sino como un horizonte que arroja luz sobre la vida.

En esa situación particular en la que un familiar en la sala de espera de una unidad de cuidados intensivos, está pasando por días llenos de incertidumbre en; y experimentan un despertar existencial único, dado que el mundo deja de seguir

su curso predecible habitual; el tiempo ya no fluye de manera tan suave como antes. Todo adquiere una densidad significativa; un peso notable. Aunque pueda surgir temor en medio de esta situación, puede generarse una nueva manera de estar en el mundo.

Víctor Frankl⁽⁵¹⁾ argumentó que el sufrimiento es inevitable para los seres humanos; sin embargo, podemos elegir cómo enfrentarlo de manera conscientemente constructiva y encontrar sentido en él en lugar de negarlo por completo en nuestras vidas diarias y durante momentos difíciles como acompañar alguien cerca de la muerte, lo que puede ser considerado como un hecho significativo y profundo al expresar amor incondicional, el estar presente hasta el final sin poder ofrecer una recuperación física directamente, sino simplemente brindando apoyo afectivo mediante la presencia física y emocional en un silencio compartido o rezos internos que dan razón al actuar compasivo hacia el otro. El dolor no se va del todo pero se convive con una nueva perspectiva de luz.

Luego viene Merleau-Ponty⁽⁶³⁾ que nos llevó de vuelta al cuerpo una vez más, ya que en una unidad de cuidados intensivos, el sufrimiento no es solo mental; también se experimentan sensaciones físicas dolorosas. El paciente se encuentra físicamente herido y sometido a procedimientos médicos, que al igual a su enfermedad lo alejan de su vida cotidiana. Lo mismo sucede en el caso de los familiares que pasan largos períodos sentados en la sala de espera, sintiendo la presión y abrumados por la incertidumbre. Merleau-Ponty⁽⁶³⁾ nos invita a considerar que no solo somos una mente enclaustrada en un cuerpo, sino que

somos un cuerpo que experimenta y percibe el mundo desde su propia corporeidad. En esta visión tan profunda y vital acerca del ser humano como un ser encarnado en su existencia física, emerge la idea sagrada del contacto. El simple actuar de sostener la mano de un ser querido se transforma en un gestual de unión y cercanía que transmite por sí solo el mensaje "estoy contigo", "sigues siendo tú", "seguimos unidos".

La experiencia de la vida va más allá de ser solo una idea filosófica; se vive en primera persona de manera tangible en contextos como los de una unidad de cuidados intensivos, donde los familiares enfrentan emociones, como la angustia descrita por Heidegger o la búsqueda de significado al estilo de Frankl o la conexión corporal según Merleau-Ponty⁽⁶³⁾. Lo hacen sin necesidad de mencionar teorías ni tener conocimientos filosóficos previos, de modo que; simplemente viven, experimentan profundamente. Han descubierto que no hay respuestas predefinidas; sin embargo, existen maneras auténticas de estar presente al entender que no todo puede ser controlado. Incluso en situaciones extremadamente difíciles hay espacio para el amor.

Quizá por esa razón en medio de tanto sufrimiento surge ocasionalmente algo inexplicable: una palabra dicha en voz baja, el compartir de una lágrima, un silencio liviano. Y es durante esos momentos cuando la vida se muestra en su expresión más genuina y auténtica, sin adornos ni tapujos, pero real.

FIGURA 14



Diseño: Franco Sánchez (2025)

REFLEXIÓN CONCLUSIVA

En la cara del abismo de lo desconocido y sin certezas absolutas donde la muerte se muestra sin tapujos a la vista de todos nosotros; ahí es donde el ser humano se encuentra de cerca frente a su propia mortalidad limitada y finita. Durante siglos la filosofía existencial ha dirigido su atención hacia esa perspicaz conciencia de que la vida no es eterna y cada momento otorgado es en verdad un fugaz milagro efímero. Heidegger⁽⁶³⁾ afirmaría que, solo desde esa profunda conciencia de nuestra mortalidad podemos experimentar una vida auténtica.

¿Pero cómo resistirse cuando esa verdad no es solo un concepto sino una vivencia encarnada en el cuerpo de alguien querido conectado artificialmente?

Desde el punto de vista psicológico, el vacío existencial no es necesariamente un indicador de trastorno mental, sino más bien una manifestación natural del ser humano cuando se ve privado de sus puntos de referencia habituales. Víctor Frankl⁽⁴⁷⁾ captó plenamente esta idea al afirmar que incluso en las circunstancias más extremas, la persona conservaba la capacidad de otorgar significado y propósito a su vida. Para los familiares que se encuentran en la unidad de cuidados intensivos, encontrar sentido puede resultar todo un desafío. No siempre está en las explicaciones médicas o en las frías estadísticas. A veces no reside ni siquiera en la esperanza de una recuperación milagrosa. Sin embargo, ese sentido puede emerger inesperadamente de un gesto simple y genuino; ya sea una mano que se aprieta firme o un abrazo sincero.

En el ámbito espiritual surge una intuición que trasciende religiones y creencias comunes: la idea de que la vida guarda una continuidad incluso en medio de aparentes fracturas que no siempre logramos comprender racionalmente. Esto se puede llamar fe para algunos o presencia, misterio o trascendencia para otros. Lo cierto es, que muchos familiares encuentran en esos momentos críticos una conexión con algo superior: Un Dios, una energía o una memoria amorosa que los sostiene cuando todo parece desvanecerse.

El vacío existencial no marca el fin; más bien señala un punto de transición significativo donde una conciencia renovada puede emerger en medio de la fragilidad y la incertidumbre, intensificadas por la tragedia o el dolor profundo experimentado por los familiares mientras reflexionan sobre el verdadero significado de la humanidad en las encrucijadas del amor y la pérdida.

Cuando finalmente los familiares abandonan la unidad de cuidados intensivos (con el corazón apenado o en paz), se llevan algo que no se expresa en palabras pero se percibe profundamente: que la vida tiene un valor sagrado no por su duración sino porque al ser conscientes de su finitud, podemos optar por vivirla. Nuestra humanidad radica en hacerlo auténticamente, sinceramente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medina, T. Antropología de la muerte. Construcción cultural de la muerte. [Tesis Doctoral]. Valencia, Venezuela. Universidad de Carabobo. 2012.
2. Alcántara Moreno G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación* [Internet]. 2008 [citado el 22 de febrero de 2022]; 9(1):93-107. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004>
3. Antón Hurtado F. Antropología del sufrimiento social. RAE [Internet]. 2018 [citado 14 de febrero de 2022]; (17). Disponible en: <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae/article/view/3777>
4. American Psychological Association (APA). Dictionary of Psychology [Internet] 2022. [citado 02 de febrero de 2022]; Disponible en: <https://dictionary.apa.org/existential-crisis>
5. Jaspers, K. (1973). *La filosofía. Breviarios*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
6. Heidegger M. El ser y el tiempo. Madrid: Fondo Cultura Económica; 1989.
7. Torralba F. Propuesta de principios europeos de bioética. Institut Borja de Bioètica. Universitat Ramón Llull. [Internet]. 2000 [citado el 15 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/e34ea87a-3dc5-46ecb9ab8dd9ef365949/Principios+europeos+de+la+bioetica+F+Torralba.pdf?MOD=AJPERES&CVID=IHXT0Z>
8. Aguilar, César. Martínez. Claudia. La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)*. Med. crít. (Col. Mex. Med. Crít.) vol.31 no.3 Ciudad de México may./jun. 2017
9. Rodríguez TB, Franco GJ. Historia de la medicina crítica. An Med (Mex). 2015;60(2):156-159.
10. Vera-Carrasco O. Origen y desarrollo histórico de la Medicina Crítica y Unidades de Cuidados Intensivos en Bolivia. Rev Med La Paz. 2015;21(2):77-90

11. Perdomo-Cruz RG. Medicina Intensiva y las Unidades de Cuidados Intensivos. Definición - Desarrollo histórico - Utilización de sus recursos. Revista Médica Hondureña. 1992;60:49-52. [[Links](#)]
12. García, E. Quintanilla, C. Evolución clínica de los pacientes críticamente enfermos de cuidados intensivos quirúrgicos que son trasladados a servicios de cirugía del hospital nacional rosales de abril 2017 a abril 2018. Facultad de medicina posgrado de especialidades médicas trabajo de graduación. Universidad De El Salvador. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1177623/489-11105862.pdf>
13. Heredia Virginia. Torralba Lucía. Torralba María. Marta Villagrasa... humanización de los cuidados en la unidad de cuidados intensivos. Revista Sanitaria de Investigación29 noviembre 2021Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com> › humanizacio.
14. SalusPlay. Organización de una unidad de críticos. Disponible en: <https://www.saluspaly.com>›cuidados-intensivos-uci
15. Bautista L., Arias MF,.Carreño ZO. Percepcion de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicpcion y apoyo emocional. Rev Cuid 2016 ;7(2):1279-1309.Disponible en: <http://dx.dou.org/10.15649/cuidarte.v7i2330>©2016 Universidad de Santander
16. Wilson ME, Beesley S, Grow A, Rubin E, Hopkins RO, Hajizadeh N et al. Humanizing the intensive care unit. Crit Care. 2019. doi:10.1186/s13054-019-2327-7
17. Valvidares M. Humanización de los cuidados de enfermería en las unidades de Cuidados Intensivos. En: Tirado JJ. Colegio Oficial de Enfermería de Valencia. Enfermería Integral: Valencia; 116.2017;51-57.
18. García Cabeza ME. Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. Metas Enferm [revista en Internet] 2014 [acceso 20 de octubre de 2021]; 7(1):70-74. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80549/>
19. Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina MJ, Forcelledo L et al. Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas. Rev Calid Asist. 2015;30(5):243-250

20. Baeza I, Quispe LC. Proyecto “Humanizando los Cuidados Intensivos”, nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos. Rev Bio y Der. 2020; 48:111-126.
21. Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. Med intensiva. 2014;38(6):371-375
22. Rojas V. Humanización de los cuidados intensivos. Rev Med Clin Cond.2019; 30(2):120-125
23. Manual de Buenas Prácticas de Humanización En Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Proyecto HU-Cl; 2019 [acceso 26 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://proyectohuci.com/es/buenas-practicas>
24. Breve historia de la medicina intensiva. El paciente crítico. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. [Consultado el 7 junio 2017] Disponible en: <http://www.ics-aragon.com/cursos/enfermo-critico/pdf/00-00.pdf>. [Links]
25. Franco R. Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención que realiza la enfermera durante la crisis situacional en la UCI Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martinis, Lima. [Tesis]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de medicina humana, Lima. 2003
26. Torrents R, Torras E, Saucedo M, Surroca L, Jover C. Impacto de los familiares del paciente crítico: Ante una acogida protocolizada. Enferm Intensiva. 2003; 14(2):49-60. [http://dx.doi.org/10.1016/S1130-2399\(03\)78104-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1130-2399(03)78104-8)
27. Organización Panamericana de la Salud. Calidad en la atención y seguridad del paciente. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3412%3Acalidadatencionseguridadpaciente&catid=1530%3Apatientsafety&Itemid=2166&lang=s
28. De Albistur M, Bacigalup J, Gerez J, Uzal M, Ebeid A, Soto J. La familia del paciente internado en la unidad de cuidados intensivos. Rev Med Uruguay. 2000; 16(3): 243-56
29. Urizzi, Fabiane., Corrêa, Adriana. Vivencias de familiares en terapia intensiva: el otro lado del ingreso. Rev Latino-am Enfermagem 2007 julho-agosto; 15(4) www.eerp.usp.br/rlae

30. Lemos RCA; Rossi LA. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. Rev Latino-am Enfermagem 2002 maio/junho; 10(3):345-57
31. Lynch, Gloria,. Oddone María J. La percepción de la muerte en el curso de la vida un estudio del papel de la muerte en los cambios y eventos biográficos. Revista de Ciencias Sociales. Rev. Cienc. Soc. vol.30 no.40 Montevideo ene. 2017.
32. De Miguel, J.M. (1995). El último deseo: para una sociología de la muerte en España. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 71, pp. 109-156
33. Elias, N. (1987). La soledad de los moribundos. México: Fondo de Cultura Económica
34. Franco, César. Visión Fenomenológica-compleja de la muerte en familiares de pacientes críticos. Revista Arje. Vol. 13. Edición N° 25. Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela. Julio - Diciembre 2019
35. Camus, A. El mito de Sísifo. Madrid: Alianza; 1996.
36. Aguilera Portales, R; González Cruz, J. La muerte como límite antropológico. El problema del sentido de la existencia humana. Gazeta de Antropología. [Internet] 2009 [citado el 15 de agosto de 2023]; 25(2). Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/6903>
37. Duche Perez, A. La antropología de la muerte: Autores, enfoques y períodos. Soc. relig. [internet] 2012 [citado el 15 de agosto de 2023] 22 (37). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-70812012000100007&lng=es&nrm=iso
38. Tylor, E. Antropología. Madrid; Ayuso; 1979.
39. Freud, S. De guerra y muerte. Temas de actualidad, en Obras completas 2. Buenos Aires: Amorrortu, 1979
40. Malinowski, B. Crime and Custom in Savage Society. Londres: Routledge and Kegan Paul; 1926.
41. Morín, Edgar. (1994). El Hombre y la Muerte. Editorial Kairos. Barcelona España
42. Gómez García, Pedro. (2024) La antropología y el paradigma de complejidad de Edgar Morin. Ensayos de Filosofía. Número 19, (1)

43. Aries, Philippe. *El hombre ante la muerte*. León: Taurus; 1992.
44. Charlesworth, M. (1996) *La bioética em uma sociedad liberal*. Cambridge University Press, Gran Bretaña
45. Heidegger M. *El ser y el tiempo*. Madrid: Fondo Cultura Económica; 1989
46. Frankl V. *La Voluntad de Sentido*. Barcelona: Herder; 1994.
47. Fromm, E. *Ética y psicoanálisis*. Madrid: Fondo de cultura económica de España; 1980
48. Martela, F y Steger M. Los tres significados del sentido de la vida: coherencia, propósito y significancia. *The Journal of Positive Psychology*. [Internet] 2016 [citado el 16 de agosto de 2023]; DOI: 10.1080/17439760.2015.1137623
49. García-Alandete J. Inteligencia emocional, optimismo y crisis existenciales. En: Rodríguez Fernández M. Directora. *Sentido de la vida ante la crisis*. Burgos: Montecarmelo; 2012. 53-81.
50. Frankl V. *El hombre en busca del sentido*. Barcelona: Herder. 2011
51. Miramontes F. La teoría del sentido del sufrimiento. Fundamentación filosófica de una terapéutica: Scheler y Frankl. *Realitas: Revista de Ciencias sociales, humanas y arte*. [Internet] 2013. [citado el 13 de febrero de 2022]; (1), 51-55. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6984237.pdf>
52. Sellés JF. La experiencia de los límites: el dolor y la finitud temporal. *Pers.bioét.* . [Internet] 2016; 20(2): 159-174. Disponible en: <https://doi.org/10.5294/PEBI.2016.20.2.4c>
53. Ramírez Patiño M. La estratificación sentimental de Max Scheler y su aplicación al fenómeno del dolor y el sufrimiento humano. [Tesis de Maestría]. Morelia, México. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. 2013.
54. Frankl V. Cura médica de almas. En: teoría y terapia de las neurosis. Iniciación a la logoterapia y el análisis existencial. Barcelona: Herder. 1992
55. Scheler M. *Ética. Nuevo ensayo de fundamentación de un personalismo ético*. Madrid: Editores; 2001.

56. Scheler M. El puesto del hombre en el cosmos. Buenos Aires: Losada; 2008.
57. Alper. M. (2008). Dios está en el Cerebro. Grupo Editorial Norma. S.A. Bogotá Colombia
58. Cuestiones teológicas *print version issn 0120-131x Palacio Vargas, Carlos Julián. la espiritualidad como medio de desarrollo humano. cuest. teol.* [online]. 2015, vol.42, n.98, pp.459-481. issn 0120-131x
59. Thurnher R. ¡A las cosas mismas!. Acerca de la significación de la máxima fenomenología fundamental en Husserl y Heidegger. 1996. En Soto Núñez C, Vargas Celis, I. La Fenomenología de Husserl y Heidegger. Cultura de los Cuidados. [Internet]. 2017 [citado el 14 de agosto de 2021]; 21(48), 45-46. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.48.05>
60. Vecino M. Muerte y metodología en la fenomenología husseriana. Ideas y Valores [Internet]. 2018 [citado 09 de agosto de 2021]; 67 (166), 75-91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/ideasyvalores>
61. Fermoso P. El modelo fenomenológico de investigación en pedagogía social. Revista Educar. [Internet] 1988. [citado el 09 de agosto de 2021]; 14(15), 121-136. Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/educar/article/viewFile/42218/90165>
62. Merleau-Ponty M. Fenomenología de la percepción. 1975. En Mercado M. El problema del método en Fenomenología de la percepción de Merleau-Ponty. Revista Ciencia y Cultura. [Internet]. 2016 [citado 20 de noviembre de 2021]; 20(37), 9-42. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S207733232016000200002
63. Husserl E. Ideas relativas a una fenomenología pura y una fenomenología filosófica. Madrid: Fondo Cultura Económica; 1993.
64. Merleau-Ponty M. La fenomenología y las ciencias del hombre. Buenos Aires: Nova. 1969
65. Pérez Riobello A. Merleau-Ponty: percepción, corporalidad y mundo. Eikasia. Revista de Filosofía. [Internet]. 2008 [citado 15 de febrero de 2022]; 4 (20). Disponible en: <http://www.revistadefilosofia.org>
66. Perruchoud González S. La fenomenología según Merleau-Ponty: un camino de descenso hacia las cosas. Rev. Filos. [Internet]. 2017 [citado 12 de febrero de 2022]; 42(1): 59-76. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5209/RESF.55447>

67. Merleau-Ponty M. El mundo de la percepción. 2003. En Pérez Riobello A. Merleau-Ponty: percepción, corporalidad y mundo. Eikasia. Revista de Filosofía. [Internet]. 2008 [citado 15 de febrero de 2022]; 4 (20). Disponible en: <http://www.revistadefilosofia.org>
68. Bueno G. El papel de la filosofía en el conjunto del saber. Madrid: Editorial Ciencia Nueva. 1970. En Pérez Riobello A. Merleau-Ponty: percepción, corporalidad y mundo. Eikasia. Revista de Filosofía. [Internet]. 2008 [citado 15 de febrero de 2022]; 4 (20). Disponible en: <http://www.revistadefilosofia.org>
69. Martínez, M. Ciencia y Arte en la metodología cualitativa. México: Trillas; 2006
70. Eduardo Alberto León, «El giro hermenéutico de la fenomenológica en Martín Heidegger», *Polis* [En línea], 22 | 2009, Publicado el 08 abril 2012, consultado el 19 septiembre 2023. URL: <http://journals.openedition.org/polis/2690>
71. Gadamer, H. La herencia de Europa. Barcelona: Península; 1990.
72. Fuster, Doris. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú Propós. represent. vol.7 no.1 Lima ene./abr. 2019 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7889-2243>
73. Navarro, Carlos. La fenomenología como filosofía crítica para el estudio de la realidad inmediata. Universidad de Costa Rica. Revista Humanidades, vol. 11, núm. 1, 2021
74. Chica Rico, M.; Sanagua, C.; Venturini, N. Nuevas técnicas de Investigación en Trabajo Social. I Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales. [Internet] 2008 [citado el 15 de agosto de 2023]; Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.9468/ev.9468.pdf
75. Trejo Martínez, F. Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. Enf Neurol Mex. [Internet] 2012; 11(2): 98-101 [citado el 16 de agosto de 2023]; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>
76. Rusque, A. De la diversidad a la unidad en la investigación cualitativa. Venezuela: Vadell, 2003.

77. Mendoza, V. Hermenéutica crítica. Rev Razón y Palabra. Internet] 2003: 34(2): [citado el 16 de agosto de 2023]; Disponible en:<http://www.razonypalabra.org.mx/antiguos/n34/vmendoza.html>
78. Husserl E. El artículo fenomenología. 1992. En Soto Núñez, C., Vargas Celis, I. La Fenomenología de Husserl y Heidegger. Cultura de los Cuidados. [Internet] 2017 [citado el 19 de agosto de 2021]; 21(48), 45-46. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.48.05>
79. León, Eduardo. El giro hermenéutico de la fenomenológica en Martín Heidegger. *Revista de la Universidad Bolivariana, Volumen 8, N° 22, 2009*, p. 267-283
80. Schutz, A. El problema de la realidad social. Buenos Aires: Amorrortu; 1962
81. Apps, J. Dirección de un examen crítico de las prácticas de la educación permanente. Rev. Educ. [Internet] 1991: 294(1): 107-139. Disponible en: <https://sede.educacion.gob.es/publiventa/detalle.action?cod=48>
82. Spiegelberg H. Doing Phenomenology: Essays on and in Phenomenology. La Haya: Martinus Nijhoff; 1975.
83. Testsiteforme. ¿Qué se entiende por escenario del estudio? Octubre 24, 2022. Disponible en: <https://www.testsiteforme.com> question que se entien...
84. Mèlich, J. Del extraño al cómplice: la educación en la vida cotidiana. Barcelona: Anthropos; 1994.
85. Crumbaugh, JC., y Maholick, LT. Manual of instructions for the Purpose-in-Life-Test. Munster: Psychometric Affiliates; 1969. En Frankl V. Ante el vacío existencial. Barcelona: Herder; 2003.
86. Frankl V. La Voluntad de Sentido. Barcelona: Herder; 1994.
87. Leal J. La autonomía del sujeto investigador y la metodología de la investigación. 2da edición, Valencia. Edo Carabobo pág. 44. 2009
88. Velásquez, A. Habermas y Heidegger. Humanismo, posthumanismo y debate en torno al parque humano. Chile: Fondo; 2007
89. Benavides, M., Goméz, C. Métodos en investigación cualitativa: triangulación. Revista Colombiana de Psiquiatría. vol 34.Nº1.Bogota Colombia.2005

90. Patton M. Qualitative research and evaluation methods. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage; 2002.
91. Ruiz, J. (2012). Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto Larricilla J. El consentimiento informado en investigación. Generalidades. *Acta Medica Grupo Angeles*. 2003;I:167–71
92. Martínez, M. Ciencia y Arte en la metodología cualitativa. México: Trillas; 2006
93. Guba, E. Lincoln, Y. Controversias paradigmáticas, las contradicciones y las influencias emergentes. Londres: Sage publicaciones; 2005) [www.scirp.org
\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)](http://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))) reference
94. Coffey, A. Atkinson, P. Encontrar sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de Investigación. España; universidad de Alicante 2005) [www.casadellibro.com
libro-encontrar-el-sentido-a-los-datos-cualitativos](http://www.casadellibro.com/libro-encontrar-el-sentido-a-los-datos-cualitativos)
95. Diaz, Carlos. El mundo del silencio. Significados sexuales y vivenciales en adolescentes con discapacidad auditiva. [Tesis Doctoral]. Valencia, Venezuela. Universidad de Carabobo. 2019
96. Arnaldo Krout. Ruth, Ruy Pérez. Diccionario y completo de Bioética. Hola, cortana. Ediciones Tauro 2007
97. Ifshitz A. Consentimiento informado, ma's que una autorizacion para la investigación. *Cir Ciruj*. 2005;73:1–2. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
98. Larricilla J. El consentimiento informado en investigación. Generalidades. *Acta Medica Grupo Angeles*. 2003;I:167–71
99. Larricilla J. El consentimiento informado en investigación. Generalidades. *Acta Medica Grupo Angeles*. 2003;I:167–71
100. Vargas L, Flisser A, Kawa S. El consentimiento informado en investigación. Generalidades. *Acta Medica Grupo Angeles*. 2003;I:167–71.
101. Noblejas, M. Logoterapia. Fundamentos, principios y aplicación. Una experiencia de evaluación del “logro interior de sentido”. [Tesis Doctoral]. Madrid, España. Universidad Complutense de Madrid. 1994.
102. Leal J. La autonomía del sujeto investigador y la metodología de la investigación. 2da edición, Valencia. Edo Carabobo pág. 44. 2009

103. Velásquez, A. Habermas y Heidegger. Humanismo, posthumanismo y debate en torno al parque humano. Chile: Fondo; 2007
104. Benavides, M., Goméz, C. Métodos en investigación cualitativa: triangulación. Revista Colombiana de Psiquiatría. vol 34.Nº1.Bogota Colombia.2005
105. Patton M. Qualitative research and evaluation methods. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage; 2002.
106. Ruiz, J. (2012). Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto.
107. Charmaz, K. Constructing Grounded Theory. Thousand Oaks: Sage; 2006.
108. Abagnano, N. (2004). Diccionario de filosofía. Fondo de Cultura Económica. México.

ANEXO

EL TEST PIL: UN PROPÓSITO DE VIDA

El PIL (*Purpose In Life Test*) es un instrumento de evaluación, creado por Crumbaugh y Maholick en 1969 ⁽⁹⁷⁾.

El test analiza cuatro (4) factores principales:

- **Percepción de sentido:** mide la valoración que el individuo hace de la vida y hasta qué punto halla motivos para vivirla.
- **Experiencia de sentido:** evalúa si la persona percibe la vida como plena de cosas buenas.
- **Metas y tareas:** indaga sobre los objetivos del individuo y la responsabilidad personal que siente sobre ellos.
- **Dialéctica Destino/Libertad:** inspecciona la actitud hacia la muerte como algo temible e incontrolable.

Esta herramienta psicométrica consta de veinte (20) declaraciones que se les presenta a las personas, quienes deben indicar, para cada ítem, una de las siete categorías de respuesta. Para realizar esta evaluación **es fundamental ser honesto consigo mismo**, considerando que no existen respuestas correctas o incorrectas.

Se responde mediante una escala tipo *likert* que va del 1 al 7, en progresión ascendente. Por tanto, al sumar las puntuaciones de cada enunciado se halla una medida del logro de sentido de la vida que posee la persona.

Contenido:

1. Generalmente, me encuentro: 1 (*completamente aburrido*) a 7 (*exuberante, entusiasmado*).
2. La vida me parece: 1 (*completamente rutinaria*) a 7 (*siempre emocionante*).
3. En la vida tengo: 1 (*ninguna meta o anhelo*) a 7 (*muchas metas y anhelos definidos*).
4. Mi existencia personal es: 1 (*sin sentido ni propósito*) a 7 (*llena de sentidos y propósitos*).
5. Cada día es: 1 (*exactamente igual*) a 7 (*siempre nuevo y diferente*).
6. Si pudiera elegir: 1 (*nunca habría nacido*) a 7 (*tendría otras nueve vidas iguales a esta*).
7. Despues de jubilarme: 1 (*holgazanearía el resto de mi vida*) a 7 (*haría las cosas emocionantes que siempre deseé realizar*).
8. En el logro de mis metas vitales: 1 (*no he conseguido ningún progreso*) a 7 (*he llegado a mi realización completa*).
9. Mi vida es: 1 (*vacía y llena de desesperación*) a 7 (*un conjunto de cosas buenas y emocionantes*).
10. Si muriera hoy, me parecería que mi vida ha sido: 1 (*una completa basura*) a 7 (*muy valiosa*).
11. Al pensar en mi propia vida: 1 (*me pregunto a menudo la razón por la que existo*) a 7 (*siempre encuentro razones para vivir*).
12. Tal y como yo lo veo en relación con mi vida, el mundo: 1 (*me confunde por completo*) a 7 (*se adapta significativamente a mi vida*).

13. Me considero: 1 (*una persona irresponsable*) a 7 (*una persona muy responsable*).
14. En cuanto a la libertad de que dispone para hacer sus propias elecciones, creo que el hombre es: 1 (*completamente esclavo de las limitaciones de la herencia y del ambiente*) a 7 (*absolutamente libre de hacer todas sus elecciones vitales*).
15. Con respecto a la muerte, estoy: 1 (*falto de preparación y atemorizado*) a 7 (*preparado y sin temor*).
16. Con respecto al suicidio: 1 (*lo he considerado seriamente como una salida a mi situación*) a 7 (*nunca le he dedicado un segundo de pensamiento*).
17. Considero que mi capacidad para encontrar un significado, un propósito en la vida es: 1 (*prácticamente nula*) a 7 (*muy grande*).
18. Mi vida está: 1 (*fuera de mis manos y controlada por factores externos*) a 7 (*en mis manos y bajo mi control*).
19. Enfrentarme a mis tareas cotidianas supone: 1 (*una experiencia dolorosa y aburrida*) a 7 (*una fuente de placer y satisfacción*).
20. He descubierto: 1 (*ninguna misión o propósito en mi vida*) a 7 (*metas claras y un propósito satisfactorio para mi vida*).

Interpretación

Al tener en cuenta un total máximo de 140 puntos del test PIL, se ha de considerar que quienes obtienen puntuaciones inferiores a 90 se encontrarían en un estado de vacío existencial. Por otro lado, quienes puntúan entre 90 y 105,

muestran indefinición con respecto al sentido de la vida. Y, por último, aquellos que superan los 105 puntos contarían con una presencia clara de metas y sentido de la vida.

Entre las razones para la selección del PIL se destaca:

- Es el instrumento que más se ha utilizado para medir el sentido de la vida, con casi 50 años, desde su creación.
- Ha sido utilizado y validado por múltiples investigadores, en los diferentes continentes y países.
- Es un instrumento corto, con 20 preguntas.
- Fue traducido y baremado al español por Noblejas ⁽⁹⁸⁾ con un alfa de Cronbach de 0.879

TEST PIL (Sentido de la Vida)

A continuación se presenta una serie de afirmaciones. En cada una encierre en un círculo el número que estaría más cerca de la verdad para usted. Observe que los números siempre van desde un sentimiento extremo al sentimiento contrario, también extremo. La palabra **Neutral** significa que no hay tendencia ni hacia un lado ni hacia otro. Trate en lo posible de no utilizar esta puntuación.

	1	2	3	4 Neutral	5	6	7
1-Generalmente me encuentro:	<i>Aburrido</i>						<i>Entusiasmado</i>
2-La vida me parece	<i>Aburrida</i>						<i>Emocionante</i>
3-En la vida tengo:	<i>Ninguna meta</i>						<i>Muchas metas y anhelos definidos</i>
4-Mi existencia personal es:	<i>Sin sentido ni propósito</i>						<i>Llena de sentidos y propósitos</i>
5-Cada día es:	<i>Exactamente igual</i>						<i>Siempre nuevo y diferente</i>
6-Si pudiera elegir:	<i>Nunca habría nacido</i>						<i>Tendría otras nueve vidas iguales a esta</i>
7-Después de jubilarme:	<i>Holgazanearía el resto de mi vida</i>						<i>Haría las cosas emocionantes que siempre deseé realizar</i>
8-En el logro de mis metas vitales:	<i>No he conseguido ningún progreso</i>						<i>He llegado a mi realización completa</i>
9-Mi vida es:	<i>Vacía y llena de desesperación</i>						<i>Un conjunto de cosas buenas y emocionante</i>

	1	2	3	4 Neutral	5	6	7
10-Si muriera hoy, me parecería que mi vida ha sido:	Una completa basura)						Muy valiosa
11-Al pensar en mi propia vida:	<i>Me pregunto a menudo la razón por la que existo</i>						<i>Siempre encuentro razones para vivir</i>
12-Tal y como yo lo veo en relación con mi vida, el mundo:	<i>me confunde por completo</i>						<i>Se adapta significativamente a mi vida</i>
13-Me considero:	<i>Una persona irresponsable</i>						<i>Una persona muy responsable</i>
14-En cuanto a la libertad de que dispone para hacer sus propias elecciones, creo que el hombre es:	<i>Completamente esclavo de las limitaciones de la herencia y del ambiente</i>						<i>Absolutamente libre de hacer todas sus elecciones vitales</i>
15-Con respecto a la muerte, estoy:	<i>Falto de preparación y atemorizado</i>						<i>Preparado y sin temor</i>
16-Con respecto al suicidio:	<i>Lo he considerado seriamente como una salida a mi situación</i>						<i>Nunca le he dedicado un segundo de pensamiento</i>

	1	2	3	4 Neutral	5	6	7
17- Considero que mi capacidad para encontrar un significado, un propósito en la vida es:	<i>Prácticamente nula</i>						<i>Muy grande</i>
18-Mi vida está:	<i>Fuera de mis manos y controlada por factores externos</i>						<i>En mis manos y bajo mi control</i>
19-Enfrentarme a mis tareas cotidianas supone:	<i>Una experiencia dolorosa y aburrida</i>						<i>Una fuente de placer y satisfacción</i>
20-He descubierto :	<i>Ninguna misión o propósito en mi vida</i>						<i>Metas claras y un propósito satisfactorio para mi vida</i>