

Perspectiva del profesional de enfermería sobre el proceso de duelo en situaciones oncológicas. Un estudio desde la teoría fundamentada

Nursing professional perspective on the grieving process in oncological situations. A study from grounded theory

Aura Alicia Valbuena¹, Lorena Chaparro-Díaz²

¹ Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá, Colombia

² Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia

*Dirigir correspondencia a: olchapparod@unal.edu.co

Proceso Editorial

Recibido: 23 02 20

Aceptado: 14 12 20

Publicado: 25 01 21

RESUMEN

Introducción: Este artículo discute cómo es el proceso vivido por profesionales de enfermería al tener que enfrentar situaciones de cuidado en etapas de muerte y duelo de personas con cáncer; **Objetivo:** Comprender el proceso de duelo oncológico desde la perspectiva de la enfermera profesional en una muestra en Bogotá, Colombia. **Métodos:** Estudio cualitativo, basado en la teoría fundamentada. La información fue recolectada en entrevistas a profundidad con 7 enfermeras especialistas en cuidado oncológico de hospitales públicos de Bogotá D.C. **Resultados:** Se encontraron 5 categorías que describen la forma en que las enfermeras viven un proceso de duelo desde el momento en que se reconocen a sí mismas y a su realidad, se sienten derrotadas, actúan para un buen morir, aprenden de las pérdidas y trascienden a partir de múltiples pérdidas. **Conclusiones:** Se derivó una teoría sustantiva denominada «Resignificando la muerte y el duelo para empoderar mi YO ENFERMERA», que permite concluir la existencia hipotética de 5 perfiles: enfermera novata, impotente, humana, reflexiva y líder. **Palabras clave:** Duelo, Enfermeras, Cuidado de enfermería, Servicio de Oncología en Hospital.

ABSTRACT

Background: This article discusses what the process experienced by nursing professionals is like having to face care situations in death stages and the grief of people with cancer. **Objective:** To understand the grief oncology process from nurse's perspective in a group to Bogotá, Colombia. **Methods:** Qualitative study, based on grounded theory. The information was collected in in-depth interviews with 7 nurses specialized in cancer care, from public hospitals in Bogotá D.C; **Results:** 5 categories were found that describe how nurses live a grieving process from the moment they recognize themselves and their reality, feel defeated, act for a good death, learn from the losses and transcend to from multiple losses. **Conclusions:** A substantive theory called "Resignifying death and mourning to empower my NURSE I" was derived, allowing the conclusion of the hypothetical existence of 5 profiles: Novice, impotent, human, reflexive and leading nurse **Keywords:** Grief, Nurses, Nursing Care, Oncology Service, Hospital.

[DOI 10.17081/innosa.112](https://doi.org/10.17081/innosa.112)

©Copyright 2021.

Valbuena¹ et al.



I. INTRODUCCIÓN

El cáncer en el mundo ha venido aumentando de manera importante, en parte, debido a los cambios sociodemográficos, estilos de vida poco saludables y condiciones genéticas que afectan la salud de las personas (1). Estas condiciones se pueden presentar en diferentes momentos del ciclo vital individual y familiar y, aunque existen opciones de tratamiento, sigue siendo una condición de salud que afecta el proyecto de vida, lo laboral, lo financiero y la dinámica familiar de todos los que hacen parte del cuidado en el hospital y en el hogar. Cuando el tratamiento ha cumplido su misión y la fase inminente de muerte se acerca, se acentúan las pérdidas en la persona que vive con cáncer, en el cuidador familiar que acompaña directamente, en la familia e incluso en los profesionales de la salud involucrados (2).

La intensidad del dolor, la tristeza y la impotencia que vive el paciente y su familia, impactan la experiencia profesional de las enfermeras/os y en ocasiones está medida por la intensidad de la relación terapéutica, el tiempo de convivencia y el hecho de sentir que no se puede hacer más o que los esfuerzos adicionales son inútiles (3). Sumado a ello, existen factores de las enfermeras como experiencias previas de muerte, antecedentes personales de duelo, ética profesional de enfermería y el entorno laboral que contribuyen a la respuesta de duelo (4).

El duelo visto como una pérdida implica un proceso, es decir unas etapas que históricamente se han descrito con una etapa caótica, seguido de una llena de sentimientos que pareciera que genera mucha inestabilidad en las personas y una en la que se puede dar un significado (positivo o negativo) que genera comportamientos de mediano y largo plazo. Es común encontrar que este significado positivo permite a las personas tener nuevas oportunidades y encontrar un sentido diferente, no son las mismas con cada duelo que se vive (5).

De acuerdo con Papadout (4) el duelo en profesionales de la salud tiene su naturaleza a partir de las pérdidas que pueden ser acumulativas, para este caso en situaciones de cáncer, que a su vez generan reacciones y actitudes de evitación o represión como una forma no de afrontamiento sino de dar significado a la experiencia hasta el momento final de muerte, en donde la pérdida proporciona trascendencia en la vida y en el vivir; este acúmulo de significados están directamente relacionados con el estilo de vida individual y del equipo que integra el servicio o unidad específica. De otra parte, en la búsqueda de control ante situaciones de estrés de un proceso de duelo en cáncer, el profesional de enfermería usa estrategias de afrontamiento que pueden tener impactos positivos y les permite resignificar su rol y vida (6). Sin embargo, no se desconoce la existencia de resultados negativos como la fatiga por compasión (7), el agotamiento, síntomas físicos con trastornos del sueño y duelo privado (8).

Es por esta razón que se identificó como un vacío de investigación comprender el proceso de duelo oncológico desde la perspectiva de la enfermera profesional en una muestra en la ciudad de Bogotá, Colombia.

II. MÉTODOS

Se trata de un estudio cualitativo exploratorio, revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia con el aval 044-17, en el que se empleó el enfoque de la teoría fundamentada clásica, el cual consiste en elaborar teoría desde los datos, y que tiene como propósito identificar procesos sociales básicos como

objetivo nuclear. Se seleccionó este método porque permite la construcción conceptual a partir de los datos en comparación entre códigos y categorías, hasta la formulación de un planteamiento teórico hipotético susceptible de ser apoyado o refutado por futuros hallazgos. El proceso social básico de interés fue el proceso de muerte y duelo de personas con cáncer desde la perspectiva del profesional de enfermería. Para ello, se utilizó el abordaje propuesto por Strauss y Corbin (9), de codificación abierta, axial y selectiva (10), como se observa en la Tabla 1. Esta corriente del método permitió que la construcción teorice desde la primera entrevista, no hay ideas preconcebidas a partir de literatura y los preconceptos provenientes de la experiencia de ser enfermera fueron expresados antes de iniciar la recolección de datos. Asimismo, esta corriente permite detallar los resultados en más de dos categorías y es fácil de entender para investigadores novatos en el método como lo fue en el caso de la primera autora en su formación como magister.

Tabla 1. Codificación teórica basada en teoría fundamentada.

Codificación	Categorías/Variables
Codificación abierta	Se identificaron 198 códigos, entre los que se encuentran: temor, frustración, impotencia, recibiendo gratitud, ponerse en los zapatos del otro, entre otros.
Codificación axial	Se organizaron 23 subcategorías: vislumbrando el desenlace, experimentando impotencia, aceptando el proceso, entre otros.
Codificación selectiva	Las subcategorías se agrupan en cinco categorías principales: reconociendo mi yo y mi realidad, sintiéndose derrotado, actuando para el buen morir, entre otros.

Fuente: Elaboración propia

Los participantes fueron siete profesionales de enfermería quienes cumplieron los criterios de inclusión que eran: tener una experiencia mayor a seis meses en cuidado de pacientes oncológicos y haber experimentado por lo menos un episodio significativo de muerte y duelo. Las características de las participantes se muestran en la Tabla 2; vale la pena aclarar que todas las enfermeras actualmente trabajaban en el cuidado a personas con cáncer. Su captación se realizó por invitación personal y a través de la técnica de bola de nieve a enfermeras residentes en Bogotá, Colombia. Luego de la firma del consentimiento informado, se realizó una entrevista a profundidad en una sola sesión y a través de grabación de voz. La pregunta de apertura fue: ¿Cómo fue la experiencia que tenga más presente ante la muerte de una persona en situación oncológica?, seguida de otras centrales: ¿Qué sentimientos experimentó al enfrentarse a este proceso de duelo? y ¿Qué elementos personales, institucionales y profesionales cree que intervinieron en esta experiencia? Se dio opción para ampliar con sus opiniones sobre la presencia de enfermería ante la muerte y el duelo vivido durante el ejercicio de su profesión con pacientes oncológicos. Se realizaron notas de campo y observación participante, que incluyeron tanto consideraciones como reflexiones que fueron útiles durante el análisis de información (11).

Tabla 2. Características sociodemográficas y laborales de las participantes en el estudio

Participante	Estado civil	Nivel educativo	Experiencia laboral	Servicio actual de trabajo	Tipo de institución	Área	Turno	Vinculación
1	Soltera	Especialización	8 años	UCI pediátrica	Pública	Asistencial	Mañana	Contrato de prestación de servicios
2	Casada	Especialización	10 años	Seguridad del paciente	Pública	Ambulatoria	Jornada ordinaria	Contrato de planta indefinido
3	Soltera	Especialización	17 años	UCI	Pública	Asistencial	Tarde	Contrato de prestación de servicios
4	Soltera	Especialización	20 años	Hospital día	Pública	Asistencial	Mañana	Contrato de planta indefinido
5	Casada	Especialización	14 años	UCI	Pública	Asistencial	Mañana	Contrato de planta indefinido
6	Casada	Especialización	15 años	Programa cuidando a cuidadores	Pública	Asistencial	Mañana	Contrato de planta indefinido
7	Casada	Especialización	15 años	Oncología pediátrica	Pública	Ambulatoria	Jornada ordinaria	Contrato de planta indefinido

Fuente: Elaboración propia

UCI: Unidad de cuidado intensivo.

Nota: Contrato de prestación de servicios es un tipo de contratación como trabajador independiente que no es una figura estable de contratación.

Posteriormente, se realizó la transcripción de cada una de las entrevistas, de manera fiel y textual, y se sistematizaron en el software Atlas.Ti versión 7 hasta la saturación teórica, lograda en la entrevista 5. Sin embargo, se continuó con dos adicionales para confirmar las categorías que habían surgido. Seguidamente, se condensó la información complementándola con las notas de campo, manteniendo los criterios de rigor propuestos por Guba y Lincoln (12): la credibilidad estuvo dada por el acompañamiento permanente de la directora de tesis (segundo autor), en el proceso de análisis y validez de los datos quien tiene experiencia en investigación cualitativa y en teoría fundamentada, se tuvo un entrenamiento en entrevista cualitativa y análisis cualitativo en el marco de la formación como magister y la reflexividad se dio en la construcción de mapas, cuadros y esquemas para mostrar el análisis en cada fase; la auditabilidad interna se dio con la socialización de resultados con investigadores del programa de maestría en enfermería y del Grupo de investigación al que pertenecía la estúdiante, en la auditabilidad externa se devolvieron los resultados a los participantes, compartiendo por correo electrónico los hallazgos preliminares para conocer si reflejaban lo compartido en las entrevistas; y la transferibilidad se dio con la descripción del perfil de los participantes que ubica el contexto en una ciudad específica en Colombia y que los participantes sabían del fenómeno explorado porque se hizo un encuentro previo para verificar criterios de inclusión.

Las entrevistas fueron codificadas y reagrupadas para la conformación de categorías e inicio de la teorización, de acuerdo con las seis C (9). Durante esta etapa, hubo comparación constante desde la primera entrevista y se hicieron esquemas gráficos de lo que estaba

sucediendo al finalizar la codificación abierta de cada entrevista, lo que permitió integrar elementos y no simplemente sumarlos. Las primeras entrevistas permitieron identificar aspectos comunes que iban surgiendo y se mantuvo una reflexión permanente entre los autores. Finalmente, teniendo en cuenta la experiencia del primer autor en el área de oncología por cerca de 8 años, fue posible interactuar con los datos y validar las relaciones entre cada una de las subcategorías que iban emergiendo.

III. RESULTADOS

Se realizaron siete entrevistas cuya duración total fue de 162,8 minutos a enfermeras especialistas en oncología, en cuidado crítico pediátrico y adulto, en cardiorrespiratorio y en salud pública (Tabla 2). La codificación abierta arrojó 198 códigos, mientras que la codificación axial permitió identificar 23 subcategorías, agrupadas en la etapa de codificación selectiva en cinco categorías que dan significado a la vivencia de enfermería en el proceso de muerte y duelo con pacientes en situación oncológica (Tabla 3).

Al vislumbrar el desenlace, o al comprender que el proceso de muerte es inminente, el profesional de enfermería se enfrenta a reacciones emocionales y físicas que varían en intensidad y forma dependiendo de sus características biopsicosociales. Estos sentimientos anteceden a la angustia de no lograr reconocer las necesidades tanto del paciente como de los familiares, entre otras razones, porque experimenta sentimientos encontrados frente a la muerte, ya que piensa que es el mejor desenlace tras el sufrimiento padecido, o porque piensa que no es el tiempo ni el momento para que suceda, lo que desencadena deseos de huida e incapacidad para acompañar en el cuidado del paciente y la familia, y generando finalmente un sentimiento de duda ante la actuación y su quehacer como cuidador en el momento de enfrentar la muerte. Ese reconocimiento que la enfermera hace de un desenlace fatal inminente evoca un sentimiento de temor a la muerte, sensibilidad frente al dolor del otro, huida, frustración y temor a la realidad, reacciones características de una *enfermera novata* que se centra en resolver el componente físico principalmente:

«En esa etapa final de vida, ellos se sienten solos... A uno no lo entrenan para enfrentar esos momentos... No es por obrar mal, sino, es la característica humana de los sentimientos y de las emociones que uno tal vez se previene» (P6:6).

«Uno a veces se lleva para la casa esa carga de sentimientos de: “¿yo por qué no hice eso? Se me olvidó, hice lo otro”, y en esos momentos uno se va como: “oiga, ¿qué hubiera pasado si hubiera estado ahí?”» (P6:16).

«Pensé: “aquí no quiero trabajar”, porque me imagino que todas las personas aquí se mueren y no quiero estar como involucrada en tanto sufrimiento y tanto dolor» (P2:24).

Categoría 2. Sintiendo derrotado

El sentimiento de derrota se acentúa al experimentar impotencia, tristeza y frustración cuando el paciente expresa su deseo de no morir, o solicita que no lo dejen morir. La mayor impotencia se vivencia al satisfacer las necesidades fisiológicas, emocionales y espirituales del paciente y su familia lo mejor posible, pero el ambiente de desasosiego continúa presente mientras el

paciente manifiesta su deseo de no morir, lo que incrementa, al mismo tiempo, el sentimiento de frustración enmarcado en la imposibilidad de hacer más por él o por su familia. En esta fase, reconocer el miedo frente al proceso y empezar a actuar permitirá superar el temor al enfrentamiento, ca, rasgos propios de una *enfermera impotente*.

Tabla 3. Denominación de categorías, subcategorías y códigos nominales

Categorías	Subcategorías	Códigos nominales
Reconociendo mi yo y mi realidad	Vislumbrando el desenlace	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciando el proceso. • Por qué no hay mejoría. • Identificando el problema.
	Desconociendo las necesidades	<ul style="list-style-type: none"> • Ignorando necesidades. • Duda ante las necesidades.
	Dudando ante la actuación	<ul style="list-style-type: none"> • Dudando ante la muerte. • Evaluando la actuación. • Temor a la muerte. • Sensibilidad frente al dolor del otro.
	Reconociendo que es una realidad	<ul style="list-style-type: none"> • Frustración. • Reconociendo emociones. • Temor. • Temor a la realidad.
Sintiéndose derrotado	Experimentando impotencia	<ul style="list-style-type: none"> • Impotencia. • Miedo al desenlace. • Incertidumbre.
	Sintiendo tristeza	<ul style="list-style-type: none"> • Reconociendo miedos. • Superando el temor.
	Experimentando frustración	<ul style="list-style-type: none"> • Frustración. • Impotencia.
Actuando para el buen morir	Identificando necesidades	<ul style="list-style-type: none"> • Reconociendo necesidades. • Satisfacer necesidades. • Priorizar necesidades. • Afrontando la realidad.
	Generando aceptación	<ul style="list-style-type: none"> • Generando aceptación. • Realidad. • Resignación.
	Expresando solidaridad	<ul style="list-style-type: none"> • Solidaridad. • Ayudando en el proceso. • Buscando apoyo. • Aceptar la realidad.
	Aceptando el proceso	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación. • Aceptando el proceso. • Aceptando el reto.
Aprendiendo de las pérdidas	Comparando experiencias	<ul style="list-style-type: none"> • Concepción cultural por la edad. • Comparando experiencias. • Reconociendo diferencias. • Pérdida por expectativa de vida.
	Superando temores	<ul style="list-style-type: none"> • Superando el temor. • Superando el miedo. • Sentirse identificado. • Pensando en el otro. • Acompañamiento.
	Sintiendo empatía y conexión	<ul style="list-style-type: none"> • Estar ahí. • Ponerse en el lugar del otro. • Reconociendo al otro. • Verse reflejado. • Sintiendo el dolor del otro. • Identificarse con el otro.
Trascendiendo a partir de las múltiples pérdidas	Superando temores	<ul style="list-style-type: none"> • Conexión. • Conectarse con el otro. • Apego.
	Sintiendo tranquilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Deber cumplido. • Superando barreras. • Reconociendo las fortalezas.

Categorías	Subcategorías	Códigos nominales
	Recibiendo gratitud y generando nuevos vínculos	<ul style="list-style-type: none"> • Recibiendo agradecimiento. • Recibiendo gratitud. • Nuevas relaciones. • Dar confianza. • El gusto de complacer.
	Cambiando mi actitud	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer el valor de la familia. • Oportunidad de cambio.
	Liderando a partir de lo aprendido	<ul style="list-style-type: none"> • Liderando el proceso. • Aprendiendo del proceso. • Compartiendo lo aprendido.

Fuente: Elaboración propia

«Uno dice: “yo sé que va a ocurrir, yo sé que va a morir, pero no lo quiero ver en este momento”» (P1:94).

«Al principio los sentimientos de tristeza, impotencia porque no se puede hacer nada más allá, no se puede dar más allá» (P6:12).

«Esa frustración, y uno dice: “bueno, ¿y ahora qué más hago? Lo que sé hacer ya lo hice y no ha servido, ¿qué otra salida hay?”» (P5:30).

Categoría 3. Actuando ante el buen morir

El proceso de enfrentamiento reorientado por el deseo y compromiso de ofrecer un mejor morir para el paciente y familiares hace que el profesional de enfermería busque, de nuevo, identificar las necesidades, generar la aceptación y expresar la solidaridad, al tiempo que averigua apoyos (ya sean económicos o espirituales) que brinden más comodidad, tranquilidad y confianza durante el proceso de muerte. En esta etapa, se aprecian elementos de una *enfermera humana* que prioriza las necesidades no expresadas del paciente y de la familia.

«Entonces yo pienso que nosotras como enfermeras somos esa voz de esas personas, para que ellos mueran donde quieren y como quieren. Eso es importante para las personas» (P7:31).

«Definitivamente las enfermeras cuando ya nos damos cuenta, incluso antes de que lo diga un examen o un laboratorio, uno como que tiene la intuición de que la persona va a fallecer» (P7:36).

«Es importante ser solidario con esa persona en el sentido de qué necesita, qué vueltas hay que hacer, a quién hay que llamar... Esas vueltas, todos esos trámites... que no sean tan difíciles y complicados para la familia» (P3:19).

Categoría 4. Aprendiendo de las pérdidas

Esta categoría consta de tres subcategorías: aceptando el proceso, comparando experiencias y superando temores. En esta fase, el profesional de enfermería rescata aprendizajes y experiencias necesarias para encaminar su acción frente a próximos eventos similares a partir

de los procesos de duelo. Estos rasgos la caracterizan como una *enfermera reflexiva* que puede reconocer una dimensión asociada a la experiencia y al enfrentamiento de procesos de muerte de manera permanente y consciente, en donde el aprendizaje es una opción de crecimiento personal.

«Sí, es un proceso, un proceso que si uno sabe que va a ocurrir lo puede ayudar a que sea lo más tranquilo y lo más feliz» (P1:58).

«Porque al fin y al cabo un niño ya descansa, pues es muy doloroso para los papás, pero ver en esa mamá tan joven, ni siquiera poderse morir tranquila...» (P2:9).

«Sí, ya he perdido un poco como el temor a estar ahí cuando las situaciones fatales se han presentado, le perdí un poco el temor» (P2:29).

Categoría 5. Trascendiendo a partir de las múltiples pérdidas

Es la última etapa de la transformación, en la cual el profesional de enfermería experimenta cinco procesos significativos: sintiendo empatía y conexión, sintiendo tranquilidad, recibiendo gratitud y generando nuevos vínculos, cambiando mi actitud, y liderando a partir de lo aprendido. Las enfermeras reconocen esta fase como una oportunidad de cuidado integral centrada en satisfacer las necesidades del paciente en su momento, lo que implica ponerse en sus zapatos, acompañar, complacer, escuchar y cumplir promesas. Así, se empiezan a identificar rasgos de una *enfermera líder*, las cuales se caracterizan por interiorizar en primer lugar el hecho de que es parte de un proceso vital para las personas y para sus familias, por medio del direccionamiento de todo lo que sucede alrededor y de brindar una seguridad de poder enfrentar nuevos procesos.

«Pues me pareció traumático porque fue mucho tiempo y sobre todo que uno se imagina, uno a sus hijos, a sus seres queridos ahí viviendo exactamente lo mismo» (P5:7).

«A pesar de que ya está muerto, saber que disfrutó y vivió sus últimos momentos con la felicidad que se esperaba y eso es algo que a uno lo reconforta como enfermero» (P1:79).

«El “gracias por respetarme lo que yo quería”, “yo no quiero vivir así”, “no quiero tener más dolor”, “gracias por ayudarnos”, “mi mamá lo va a entender”, “mi papá lo va a entender”» (P1:164).

«Obviamente lloro, sí lloro, pero ya me atrevo a decir que ya puedo sentarme al lado o a los pies de la cama de ese niño con la mamá...» (P6:10).

«Es la enfermera o somos nosotras las que escogemos el momento, porque lo doctores se hacen a un lado, jefe mire haber usted que hacer, empezamos afrontar el momento con los papas, el entrar con la familia a donde el paciente y decirle mire ya está muy grave» (P1:119).

«Yo creo que las enfermeras somos las que tenemos el liderazgo para todo, hasta para los momentos críticos y tristes la enfermera es la que pone el momento para decir bueno vamos

a hablar vamos a decir que pasó, o porque se presentó y vamos a mirar cómo se afronta» (P1:114)

El planteamiento hipotético construido permitió tener un resultado complementario de la existencia de un proceso evolutivo de las enfermeras participantes, que las ubicaron de acuerdo con la categoría en novata → impotente → humana → reflexiva → líder. Se concluye que esto permite la resignificación del proceso de muerte y el duelo proporciona habilidades de empoderamiento personal y profesional que es propio de las habilidades de un líder (Figura 1). Al ser un planteamiento hipotético, deberá ser analizado con nuevas investigaciones en otros contextos para validar estos hallazgos.

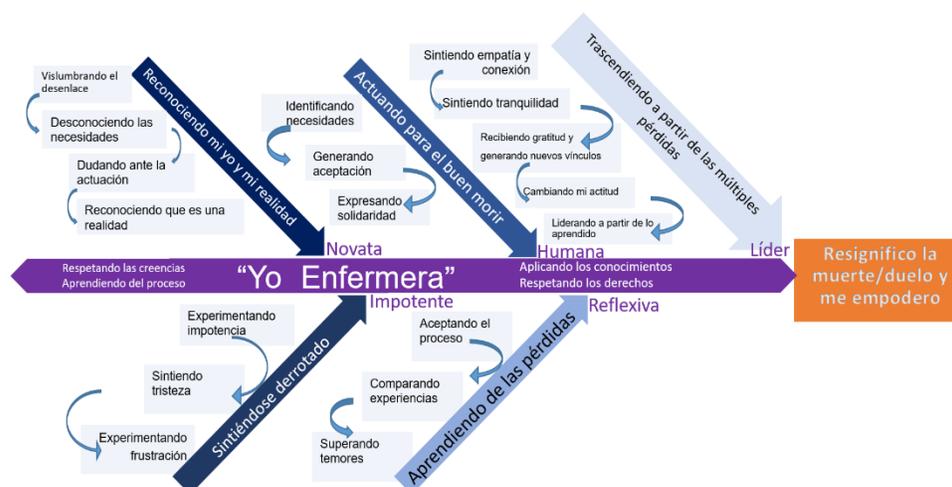


Figura 1. Teoría sustantiva: “Resignificando la muerte y el duelo para empoderar mi YO ENFERMERA”

Fuente: datos del estudio

IV. DISCUSIÓN

La muerte es un suceso natural que, para algunas culturas, genera ansiedad, miedo y depresión, sentimientos especialmente relacionados con una negación social de la pérdida (5) y que no son ajenos al personal de salud. En este sentido, el impacto psicosocial que generan estas situaciones en enfermeras que cuidan personas con enfermedad terminal es coherente con el imaginario y la experiencia frente a la muerte (13). Como se ha observado, la vivencia del proceso de muerte y duelo del personal de enfermería, en pacientes en situación oncológica, está atravesada por cinco etapas: reflexión sobre el reconocerse a sí mismo y a su realidad, el sentirse derrotado, actuar para un buen morir, aprendizaje a partir de las pérdidas y trascender.

En la primera fase, en la que se aprecia cierta vulnerabilidad, el profesional de la salud tiene actitudes de huida, que incluyen el distanciamiento físico o emocional hacia la persona

moribunda, con el fin de evitar pensar en el miedo y en la concepción misma de la muerte, aspecto encontrado en una revisión de literatura reciente (8). El fallecimiento del paciente se evidencia como hostil y poco agradable, por lo que alejarse física y psicológicamente, ya sea apartando la mirada o cambiando de tema cuando la persona comienza a hablar de la muerte, es un recurso común empleado por enfermeras y otros profesionales en esta instancia (14). Posterior a esta barrera, surge la “pérdida de vida y esperanza”, en la cual el tiempo se vuelve muy importante a la hora de resolver necesidades urgentes del paciente, dado su rápido deterioro y la cantidad de sentimientos relacionados con la impotencia, frustración, desesperanza y desaliento ante lo inevitable en el entorno de la enfermera y de la persona que está muriendo (15,16, 17).

En la segunda fase, donde se expresa la vulnerabilidad del profesional de enfermería, se experimenta la pérdida del paciente a pesar de todos los esfuerzos realizados, desencadenando sentimientos de derrota y frustración (8, 17), mediados por la antigüedad laboral y la experiencia profesional (13). La frustración se convierte en un aspecto común durante el duelo y es en este escenario en el que se ponen a prueba los conocimientos adquiridos en la formación profesional de la enfermera, especialmente en asuntos como la respuesta biomédica, la carga laboral y la reflexión inicial frente a la vulnerabilidad del ser humano. Por lo general, estos elementos se ubican como mecanismos propios del proceso de afrontamiento en los profesionales de enfermería (15,16,18,19).

En la tercera fase, el profesional de enfermería dispone de la actitud, el conocimiento y la acción para propender un mejor cuidado. Al respecto, un estudio afirma que la calidad del morir es un valor ético que no es menor al de la curación y que implica reconocer el valor de la persona humana (20); en otras palabras, el permitir al otro morir con dignidad es tan importante como brindarle a una persona enferma el cuidado óptimo para su mejoramiento. El profesional de salud, una vez que logra superar todos los temores y aceptar la muerte, es capaz de brindar el cuidado necesario para un buen morir tanto al paciente como a la familia (15,18,21).

En la cuarta fase, la enfermera, gracias a su experiencia, se va sintiendo cada vez más capaz de acompañar el fin de vida de los pacientes y de sus familias, ya que ha comprendido la importancia de su presencia. Frente a ello, varias investigaciones han demostrado que, si bien el cuidado de los enfermos terminales puede llegar a ser una experiencia aterradora para algunos profesionales de enfermería, para otros puede ser enriquecedora y les permite abrir los ojos frente al significado de la vida, despertando su imaginación, su capacidad de análisis, de reflexión y de reevaluación frente al final de la existencia (3, 16,22).

En la última fase, el profesional de enfermería, como acto de cuidado y responsabilidad profesional, debe ofrecer el espacio y el respeto a los rituales religiosos y creencias tanto del familiar como del paciente. Del mismo modo, permite dignificar el momento de la muerte a través de un trato humano y resalta la empatía al comprender el dolor de la familia (19,23).

Los estudios relacionados y sumativos recientes se relacionan con las fases identificadas en este estudio, al reconocer que existen unos factores personales (El Yo), relaciones con los pacientes y sus familias, la atención del dolor y las necesidades del paciente hasta sentirse agotado (17). En este estudio no se mencionaron aspectos sobre la falta de tiempo para

procesar el duelo que si lo reportan otros autores (17). Otro elemento encontrado en la literatura sumativa fue la presencia de agotamiento, el burnout y la fatiga por compasión producto de la impotencia y que autores relacionan con la despersonalización, sentimientos negativos y bajos niveles de logros (8, 17). En esta investigación se reportó de manera detallada el impacto en la salud de las enfermeras y la existencia de duelo privado de sus derechos (no reconocer públicamente el duelo), aspecto que se da en el duelo profesional; sin embargo, el que sí se reportó aquí fue la intención de marcharse e insatisfacción laboral (8,17). En este estudio se encontró como estrategia de afrontamiento como el contar historias (compartir con otros), pero no encontraron otras estrategias como asumir una actitud de autocuidado y normalizar la situación que lo reportan algunos autores (8, 17). Otro hallazgo de literatura sumativo semejante a nuestro estudio fue el encontrar una nueva perspectiva que hace que se modifique el “Ser” de la Enfermera y que según autores llega a impactar la vida personal (8).

Existe un hallazgo que puede ser sujeto a debate y es la existencia o no de una “Enfermera Líder”, si bien este estudio lo presenta como un hallazgo nuevo, fue difícil encontrar literatura en el contexto del cuidado en oncología relacionada con el liderazgo en enfermería, solo lo reportó Papadatou (4. p. 64) en una de las entrevistas realizadas a un enfermero: *“me convierto en un Líder, un líder que debe poner todo en orden”*, lo que de entrada genera un vacío de investigación, en especial con la existencia de diferentes niveles de atención dentro de la misma profesión. Sin embargo, reafirmamos la posibilidad de que existan actitudes del estilo de vida de las enfermeras que promueven el liderazgo y este es acumulativo, no se da solo en la última fase de los resultados de esta investigación, sino que van acordes con el concepto de liderazgo que retomaron enfermeras canadienses y australianas (24) *“Proceso de influenciar a otros para que comprendan y se pongan de acuerdo sobre lo que se debe hacer y cómo hacerlo, y el proceso de facilitar los esfuerzos individuales y colectivos para lograr objetivos compartidos (Yukl, 2006)”*. En las descripciones de esta categoría, se encuentra lenguaje como: *«somos nosotras las que escogemos el momento...empezamos afrontar el momento ...el entrar con la familia ...tenemos el liderazgo para todo...vamos a hablar... vamos a decir y vamos a mirar cómo se afronta»*, lo que denota una posición de asumir, comunicarse, trascender en la conciencia de lo que se puede y lo que no y permite también reflexionar frente a sus límites y fortalezas como cuidador profesional y como persona. En este sentido, se deja abierto como elemento de discusión en futuros que validen o refuten este hallazgo, al relacionarse con un factor que determina el proceso de duelo dentro de un equipo o unidad como lo menciona Papadout en su modelo para profesionales de la salud (4)

El fundamento epistémico del cuidado se establece a partir de las necesidades de la sociedad, las instituciones y las personas del contexto en el cual laboran. En este sentido, las intervenciones del profesional de enfermería están enfocadas en mantener relaciones de afecto, confianza y seguridad, acciones prácticas del quehacer de enfermería o del carácter subjetivo humano. Estos actos intencionados de apoyo al paciente terminal y sus familiares le dan al personal de enfermería la oportunidad de resignificar su quehacer y su ser, a partir de las reflexiones sobre su labor y su propia vida (16,3). Esto apoya el reforzamiento del ser enfermera y del ser humano en relación con el empoderamiento, ya que pone en equilibrio el

estrés y la dificultad de manejar el duelo, compensado por la importancia de brindar asistencia a pacientes y familiares en situaciones críticas (15).

La metodología de la teoría fundamentada contiene tres opciones de desarrollo teórico. Para esta investigación, y a partir de los datos presentados, se concluye que la derivada para este caso responde a ser de tipo sustantivo, dado que permite describir de manera explícita las fases que viven las enfermeras que se enfrentan a procesos de muerte, al resignificar este proceso mediante las cinco fases que son conceptualizadas y que se resumen en la denominación de “Resignificando la muerte y el duelo para empoderar mi YO ENFERMERA”, tal y como se observa en la Tabla 4. En este esquema se resalta un aspecto que Willis y cols (25) definen como la transición entre visiones del mundo de enfermería, es decir que la experiencia acumulada de enfermería permite evolucionar en el pensamiento filosófico de enfermería desde una visión basada en el positivismo (particular-determinística) a una visión basada en la hermenéutica con la relación de cuidado (interactiva-integrativa) que le nos permite reconocer aspectos requeridos desde una enfermera novata a hasta una que se empodera para resignificar el significado de la muerte y la vida.

Al comparar la teoría “YO ENFERMERA”, derivada del estudio, surge una directa relación con otras, como por ejemplo la teoría de autotrascendencia (27). Esta teoría plantea tres niveles superiores: la “conciencia de los aspectos espirituales del yo”, “la relación con los demás y el entorno” y “la relación con un ser superior”. El primer nivel, “conciencia de los aspectos espirituales del yo”, se relaciona con el componente de la teoría del “YO ENFERMERA” que atraviesa las etapas de las enfermeras que, de novata a impotente, humana, reflexiva y finalmente líder. Por su parte, el nivel de “Relación con los demás y el entorno” tiene relación con los aspectos de la teoría de “YO ENFERMERA” a partir del respeto a las creencias, el aprender del proceso, el aplicar los conocimientos y el respetar los derechos, gracias a que se reconoce la existencia de un paciente en relación con su familia y el equipo de salud. El último nivel, “relación con un ser superior”, está ligado con el cierre de la teoría surgida, es decir, “resignifico la muerte/duelo y me empodero”: pese a que los aspectos espirituales (verticales) no se describieron detalladamente en las categorías surgidas, el empoderamiento evidenciado permite validar la existencia de un poder dado a través de una espiritualidad (horizontal) (Figura 1) ya que es un proceso reflexivo que puede relacionarse con aspectos del liderazgo espiritual que requerirán ser más explorados (28).

Otra teoría que es posible comparar con “YO ENFERMERA” es la propuesta por Patricia Benner (29), denominada teoría de principiante a experta, la cual plantea una serie de etapas a través de las cuales la enfermera transita hasta reconocer los principales aspectos del cuidado a partir de la información previa que conoce y logra estar más segura de sus conocimientos y habilidades. De esta manera, la primera etapa, la de la enfermera novicia, se relaciona con la valoración de lo objetivo y podría asociarse con la enfermera impotente, ya que hace un juicio clínico para diferenciar un proceso de muerte inminente que se puede revertir frente a uno que no tiene reversa, todo ello en relación con una cascada de sentimientos y de frustración profesional. Para emitir este juicio clínico, según Benner, se requiere de acompañamiento de otro profesional más experto que pueda ayudar a diferenciar situaciones y momentos críticos. Posteriormente, se encuentra una etapa de enfermera competente, la cual se relaciona con la enfermera humana y se caracteriza por organizar su

trabajo atendiendo las necesidades de una persona en proceso de morir y de su familia por orden de prioridad. Más adelante, la enfermera eficiente podría asociarse con la enfermera reflexiva, ya que hace uso de sus experiencias previas para emitir juicios clínicos y reflexiones para resolver fácilmente situaciones del proceso de muerte y duelo, por lo que se muestra más tranquila y supera sus temores con mayor facilidad. Finalmente, el último nivel, el de enfermera experta, se relaciona con la enfermera líder, ya que desarrolla sus habilidades instrumentales de la visión reactiva de forma fluida y casi que imperceptible los detalles para el resto del equipo. No obstante, contrario a lo planteado por Benner, en “YO ENFERMERA” la fase de enfermera líder (o experta) mantiene una actitud reflexiva constante en el proceso de duelo, por lo que es posible reconocer cambios propios de actitud y en la conciencia de que se hace parte de un equipo en el que el liderazgo es clave tanto para sí misma como para los demás miembros.

Tabla 4. Análisis teórico de la teoría sustantiva “Resignificando la muerte y el duelo para empoderar mi YO ENFERMERA”

CONCEPTOS	
Sentirse derrotado	La enfermera experimenta miedo e incertidumbre frente a la muerte a pesar del esfuerzo institucional, personal y familiar, lo cual le genera un sentimiento de derrota en relación con su quehacer disciplinar que es el cuidado de la salud y de la vida.
Actuar para el buen morir	La enfermera lleva a cabo un proceso en el cual reconoce las necesidades del paciente oncológico en el fin de vida, lo que la lleva a comprender la muerte como un paso más y, por lo tanto, es capaz de brindar apoyo tanto al paciente como a su familia.
Aprender de las pérdidas Trascender a partir de múltiples pérdidas	La enfermera rescata de los procesos de duelo los aprendizajes y experiencias necesarios para encaminar su acción frente a próximos eventos. La enfermera le da un nuevo significado al proceso de fin de vida del paciente oncológico, se acentúa el vínculo con la familia, cambia de actitud y se da cuenta que puede liderar situaciones de duelo.
VISIÓN DEL MUNDO	
Se transita de una visión reactiva o particular determinística a una visión de reciprocidad o interactiva-Integrativa.	
CONCEPTOS DEL METAPARADIGMA	
Persona	Enfermera profesional que a medida que experimenta el proceso de duelo va pasando por unas fases de novata hasta ser líder.
Salud	Lograr el bienestar del “YO ENFERMERA” superando la fase de impotencia en el duelo.
Ambiente	Situaciones oncológicas de muerte que se viven con la persona, la familia y el equipo.
Enfermería	Evolucionar en su práctica a partir de las experiencias vividas.
SUPUESTOS	
La relación con la familia en los procesos de duelo es parte del cuidado que trasciende.	
Los espacios de reflexión frente a los procesos de duelo pueden ayudar a las enfermeras.	
El compartir experiencias de duelo puede ayudar a identificar liderazgo en las enfermeras.	
Los procesos de duelo pueden contemplar las teorías de cuidado humano (Ampliar en Wolf y cols (26))	

Fuente: Elaboración propia

Dentro de las limitaciones del estudio está, por ejemplo, que, al verse involucradas como participantes solo enfermeras de Bogotá, el planteamiento se circunscribe solo a este contexto, así como la experiencia específica en el cuidado de personas con cáncer. Se requieren validaciones de este planteamiento en otras situaciones de salud diferentes a la oncología, en grupos que vivencian fenómenos similares y en otros contextos nacionales e internacionales.

V. CONCLUSIONES

El proceso de duelo de enfermeras que cuidan personas con enfermedades oncológicas pasa por 5 etapas que van desde el impacto personal con el Reconocer mi yo y mi realidad, luego se sienten derrotadas, actúan ante el buen morir con un abordaje de cuidado humano, van dando significado aprendiendo de las pérdidas y trascienden a partir de múltiples pérdidas.

Contribución de los autores: **AAB** Administración del proyecto, recursos materiales, visualización, recolección de los datos, análisis de los datos y redacción de borrador original. **LCD.**, supervisión (Dirección de tesis de maestría), validación, visualización, adquisición de recursos financieros, redacción- revisión y edición. Todos los autores han leído y aceptado la versión publicada del manuscrito.

Fondos: Proyecto titulado “Proceso de duelo en situaciones oncológicas: perspectiva del profesional de enfermería”, código HERMES 40925 financiado por la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad Nacional de Colombia en el marco de la Convocatoria nacional para el apoyo al desarrollo de tesis de posgrado o de trabajos finales de especialidades en el área de la salud de la Universidad Nacional de Colombia 2017-2018.

Agradecimientos: A las enfermeras participantes en este estudio.

Conflictos de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. De Martel C, Bray F, Georges D, Ferlay J. Global burden of cancer attributable to infections in 2018: a worldwide incidence analysis. *Lancet Glob Heal*. [internet]. Diciembre de 2019; 8(2): e-180-e190. [DOI: 10.1016/S2214-109X\(19\)30488-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30488-7)
2. Granek L, Ben-David M, Shapira S, Bar-Sela G, Ariad S. Grief symptoms and difficult patient loss for oncologists in response to patient death. *Psychooncology*. [internet] 2017 Jul;26(7):960-966. [DOI: 10.1002/pon.4118](https://doi.org/10.1002/pon.4118)
3. Phillips CS, Volker DL. Riding the Roller Coaster: A Qualitative Study of Oncology Nurses' Emotional Experience in Caring for Patients and Their Families. *Cancer Nurs*. 2020 Sep/Oct;43(5):E283-E290. [DOI: 10.1097/NCC.0000000000000734](https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000734)
4. Papadatou, D. A Proposed Model of Health Professionals' Grieving Process. *OMEGA (Westport)*. Agosto de 2000. 41(1), 59–77. [DOI: 10.2190/TV6M-8YNA-5DYW-3C1E](https://doi.org/10.2190/TV6M-8YNA-5DYW-3C1E)
5. Neimeyer RA. Meaning reconstruction in bereavement: Development of a research program. *Death Stud*. Marzo de 2019;43(2):79-91. [DOI: 10.1080/07481187.2018.1456620](https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1456620)
6. Papadatou D, Bellali T, Papazoglou I, Petraki D. Greek nurse and physician grief as a result of caring for children dying of cancer. *Pediatr Nurs*. Jul-Aug 2002;28(4):345-53. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12226956/>

7. Finley BA, Sheppard KG. Compassion Fatigue: Exploring Early-Career Oncology Nurses' Experiences. *Clin J Oncol Nurs*. Junio de 2017 1;21(3):E61-E66. DOI: [10.1188/17.CJON.E61-E66](https://doi.org/10.1188/17.CJON.E61-E66)
8. Barnes S, Jordan Z, Broom M. Health professionals' experiences of grief associated with the death of pediatric patients: a systematic review. *JBI Evid Synth*. Marzo de 2020;18(3):459-515. DOI: [10.11124/JBISRIR-D-19-00156](https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-19-00156)
9. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
10. Hernández Carrera RM. La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada. *Cuestiones Pedagógicas* [Internet]. 1 de enero de 2014 [citado 15 de enero de 2021];(23):187-210. <https://revistascientificas.us.es/index.php/Cuestiones-Pedagogicas/article/view/9815>
11. Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 6a ed. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2003.
12. Guba E, Lincoln Y. Effective Evaluation: Improving the Usefulness of Evaluation Results Through Responsive and Naturalistic Approaches. San Francisco: Jossey-Bass; 1981.
13. Pérez Vega ME, Cibanal LJ. Impacto psicosocial en enfermeras que brindan cuidados en fase terminal. *Rev Cuid*; 7(1): 1210-1218. DOI: [10.15649/cuidarte.v7i1.295](https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.295)
14. Vega-Vega P, González-Rodríguez R, López-Encina ME, Abarca-González E, Carrasco-Aldunate P, Rojo-Suárez L, González-Briones X. Perception of support in professional's and technician's grief of pediatric intensive care units in public hospitals. *Rev Chil Pediatr*. 2019 Aug;90(4):429-436. English, Spanish. DOI: [10.32641/rchped.v90i4.1010](https://doi.org/10.32641/rchped.v90i4.1010)
15. Conte TM. The Lived Experience of Work-Related Loss and Grief Among Pediatric Oncology Nurses. *J Hospice Palliat Nurs*. Febrero de 2014;16(1):40–6. doi: 10.1097/NJH.0000000000000019
16. Wenzel J, Shaha M, Klimmek R, Krumm S. Working through grief and loss: oncology nurses' perspectives on professional bereavement. *Oncol Nurs Forum*. Julio de 2011;38(4):E272-82. DOI: [10.1188/11.ONF.E272-E282](https://doi.org/10.1188/11.ONF.E272-E282)
17. Betriana, F., & Kongsuwan, W. Nurses' Grief in Caring for Patients with Advanced Cancer: A Literature Review. *Songklanagarind J Nurs*. marzo de 2019. 39(1), 138-148. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/181323>
18. Chan HYL, Lee LH, Chan CWH. The perceptions and experiences of nurses and bereaved families towards bereavement care in an oncology unit. *Support Care Cancer*. Junio de 2013;21(6):1551–6. DOI: [10.1007/s00520-012-1692-4](https://doi.org/10.1007/s00520-012-1692-4)
19. Macedo A, Mercês NNA, Silva LAGP, et al. Nurses' Coping Strategies in Pediatric Oncology: An Integrative Review. *Rev Fund Care Online*. Apr./Jul de 2019. 11(3):718-724. DOI: [10.9789/2175-5361.2019.v11i3.718-724](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.718-724)
20. Hermosilla-Avila A, Sanhueza-Alvarado, O. The experience of cancer patients and nursing care. *Rev Cuid* [online]. Abril de 2020; 11(1): e782. DOI: [10.15649/cuidarte.782](https://doi.org/10.15649/cuidarte.782)
21. A.I. Kgosana; Mamogobo, P. M.; Mothiba, T. M.; Okafor, U. B. Experiences and Practices of Nurses Caring for Terminally Ill Cancer Patients: A Qualitative Study. *Glob. J. Health Sci*. 2019. 11(3): 44-51. DOI: [10.5539/gjhs.v11n3p44](https://doi.org/10.5539/gjhs.v11n3p44)
22. Gama G, Barbosa F, Vieira M. Personal determinants of nurses' burnout in end of life care. *Eur J Oncol Nurs*. Octubre de 2014;18(5):527–33. DOI: [10.1016/j.ejon.2014.04.005](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.04.005)
23. García-Solis B, Araujo-Nava E, García-Ferrer V, García-Hernández M de L. Sentimientos que manifiestan las enfermeras ante la muerte de su paciente. *Horizontes en Salud*. Diciembre de 2014;5(2):47–59.

24. Truant T, Chan RJ. Future ready: Strengthening oncology nursing leadership in the context of professional oncology nursing organizations. *Can Oncol Nurs J*. Febrero de 2017. 1;27(1):2-4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6516375/>
25. Willis DG, Grace PJ, Roy C. A central unifying focus for the discipline: facilitating humanization, meaning, choice, quality of life, and healing in living and dying. *ANS Adv Nurs Sci*. 2008 Jan-Mar;31(1):E28-40. DOI: [10.1097/01.ANS.0000311534.04059.d9](https://doi.org/10.1097/01.ANS.0000311534.04059.d9)
26. Wolf Z R; France NEM. Caring in Nursing Theory. *Int J Hum Caring*. 21 (2): 95-108.
27. Reed PG. Theory of self-transcendence. En: Smith MJ, Liehr P, editores. *Middle Range Theory for Nursing*. 3a ed. New York: Springer Publishing Company; 2014.
28. Jahandar P, Zagheri Tafreshi M, Rassouli M, Atashzadeh-Shoorideh F. Spiritual Leadership Model as a Paradigm for Nursing Leadership: A Review Article. *Adv Nurs Midwifery*. Enero de 2018;27(3):43-46.
29. Benner P. From novice to expert. *Am J Nurs*. Marzo de 1982;82(3):402–7.