

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



**Factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos
pediátricos de un hospital de Lima, 2025**

Trabajo Académico para obtener el Título de Segunda Especialidad profesional de enfermería:
Cuidados Intensivos Pediátricos

Autor:

Jhonathan De los Santos Mansilla

Melani Katalin Zarate Flores

Asesor:

Mg. Juan Roberto Munayco Mendieta

Lima, 29 de octubre de 2025

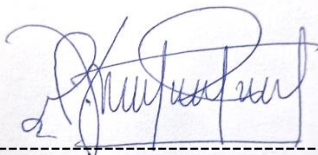
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, Juan Roberto Munayco Mendieta, docente de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“FACTORES SOCIOLABORALES Y APOYO EN DUELO EN TRABAJADORES DE SALUD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE UN HOSPITAL DE LIMA, 2025”** de los autores Jhonathan De los Santos Mansilla y Melani Katalin Zarate Flores tiene un índice de similitud de 17% verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponde ante cualquier falsedad u omisión de los documentos como de la información aportada, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 29 días del mes de octubre del año 2025.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Juan Roberto Munayco Mendieta', is written over a light blue rectangular background. The signature is stylized and cursive.

Mg. Juan Roberto Munayco Mendieta

**Factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud
de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad profesional
de enfermería: Cuidados Intensivos Pediátricos



Mg. Edith Choque Medrano

Dictaminador

Lima, 29 de octubre de 2025

Tabla de Contenido

Resumen.....	1
Abstract.....	2
Planteamiento del Problema	3
Formulación del Problema	15
Objetivos de la Investigación	16
Justificación.....	16
Presuposición Filosófica.....	22
Desarrollo de las Perspectivas Teóricas.....	26
Antecedentes de la Investigación	26
Marco Conceptual	32
Bases Teóricas	65
Definición de Términos.....	75
Metodología	77
Descripción del Lugar de Ejecución.....	77
Población y Muestra.....	77
Tipo y Diseño de Investigación.....	80
Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos	1
Proceso de Recolección de Datos.....	3
Procesamiento y Análisis de Datos	4
Consideraciones Éticas.....	5
Administración del Proyecto de Investigación	8
Referencias Bibliográficas	9

Apéndices..... 24

Resumen

El fallecimiento de un niño resulta incomprensible y contra natura, lo que lo convierte en una experiencia profundamente traumática. Médicos, enfermeras, técnicos, psicólogos y otros profesionales enfrentan este desafío emocional mientras brindan atención integral. Así, la muerte infantil representa un reto ético, emocional y profesional difícil de afrontar. Esta investigación, tiene como objetivo determinar los factores sociolaborales están asociados al apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025.

Investigación de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo correlacional, diseño no experimental, corte transversal. Muestra conformada por todos los profesionales de salud de los diferentes turnos que presten servicio en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. La técnica de recolección de datos serán una escala de Likert la cual será resuelta previa firma del consentimiento informado de participación del profesional de salud. La escala de apoyo en duelo ha sido traducida, adaptada y validada por Vega et al. (2018) de la Encuesta “Grief Support Health care Scale” (GSHCS) desarrolla por (Anderson y Gaugler,2007). El Instrumento fue validado a nivel nacional por juicio de expertos, con un resultado de V de Aiken para el Instrumento de “Apoyo en duelo” = 1 que corresponde a un grado de concordancia perfecto y para la confiabilidad a través del índice alfa de Cronbach = 0,858 lo cual nos muestra una confiabilidad alta.

Palabras clave: Apoyo en duelo, factores sociolaborales, profesional de salud.

Abstract

The death of a child is incomprehensible and against nature, making it a profoundly traumatic experience. Doctors, nurses, technicians, psychologists, and other professionals face this emotional challenge while providing comprehensive care. Thus, child mortality represents an ethical, emotional, and professional challenge that is difficult to confront. This research aims to determine the socio-labor factors associated with bereavement support among healthcare workers in pediatric intensive care units at a hospital in Lima, 2025. It is a quantitative, descriptive-correlational, non-experimental, cross-sectional study. The sample will consist of all healthcare professionals from different shifts who provide services in the Pediatric Intensive Care Unit. The data collection technique will be a Likert scale, which will be completed after signing the informed consent form by the healthcare professional. The bereavement support scale was translated, adapted, and validated by Vega et al. (2018) from the “Grief Support Health Care Scale” (GSHCS) developed by Anderson and Gaugler (2007). The instrument was validated nationally through expert judgment, obtaining an Aiken’s V coefficient of 1 for the “Bereavement Support” instrument, which corresponds to a perfect level of agreement, and a Cronbach’s alpha reliability index of 0.858, indicating high reliability.

Keywords: Bereavement support, socio-labor factors, healthcare professional.

Planteamiento del Problema

Identificación del Problema

En el sistema de salud peruano, particularmente en la ciudad de Lima, el personal que labora en unidades críticas pediátricas enfrenta una carga emocional significativa asociada a la atención de niños en estado terminal o fallecimiento, a pesar de la frecuencia de estas situaciones, no todos los profesionales de la salud cuentan con preparación adecuada ni con redes institucionales sólidas para manejar el duelo (Nóblega et al., 2024). La falta de formación específica, el estrés laboral acumulado y la escasa cultura organizacional en torno al apoyo emocional, afectan no solo el bienestar del trabajador, sino también la calidad del servicio brindado, en este escenario, resulta pertinente preguntarse qué factores sociolaborales están incidiendo en la percepción y vivencia del apoyo en duelo entre estos profesionales (Condezo & Villafuerte, 2024).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) los avances científicos y tecnológicos en el campo de la medicina han permitido prolongar la vida humana de manera significativa, lo cual ha generado transformaciones profundas en la forma en que las personas y las sociedades conciben y enfrentan la muerte. Esta perspectiva afecta no solo a los pacientes y sus familias, sino también a los profesionales de salud, quienes deben lidiar con emociones intensas, decisiones críticas y despedidas sin tiempo ni contención emocional adecuada. Por ello, repensar la experiencia de morir y el acompañamiento al duelo en contextos hospitalarios se ha vuelto una necesidad ética, humana y profesional.

En la actualidad, el fallecimiento ya no se interpreta como una etapa natural e inevitable de la existencia, sino que suele percibirse con temor, rechazo e incluso como un fracaso médico, esta transformación en la percepción colectiva ha generado un cambio de paradigma, en el que se

otorga a la muerte una connotación negativa, especialmente en contextos donde la vida se encuentra en una situación límite, como sucede en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) (OMS, 2024).

En el caso de las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos, este escenario adquiere una complejidad aún mayor, debido a la extrema vulnerabilidad y fragilidad de los pacientes, así como al profundo impacto emocional que representa para el personal de salud atender a niñas y niños en condiciones críticas; muchos de ellos enfrentan enfermedades crónicas, congénitas o degenerativas, y otros llegan con diagnósticos terminales que requieren intervenciones urgentes, tratamientos invasivos y cuidados altamente especializados (McClelland & Chopra, 2024).

Para los profesionales de la salud que laboran en estas unidades; médicos, enfermeras, técnicos, psicólogos y otros especialistas, enfrentar la posibilidad del fallecimiento de un niño se convierte en una experiencia especialmente dolorosa (OMS, 2024). La muerte infantil, por su carácter inesperado y antinatural, resulta sumamente difícil de aceptar tanto desde el punto de vista humano como profesional, no se trata únicamente de una pérdida clínica, sino también de una vivencia que desafía la lógica emocional y el sentido de justicia, generando sentimientos de impotencia, frustración y tristeza en quienes están encargados del cuidado (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2025).

En Europa, los avances médicos y tecnológicos han logrado mejorar significativamente la calidad de vida y aumentar la esperanza de vida de la población, lo que ha transformado radicalmente la manera en que se comprende el proceso de morir. La muerte, que antes era vista como un fenómeno natural e inevitable, ha pasado a interpretarse, en muchos casos, como una anomalía que debe evitarse a toda costa. Esta visión ha generado un cambio de paradigma en la atención sanitaria, en el que el fallecimiento, especialmente el infantil, se asocia con el fracaso

del sistema de salud, afectando emocionalmente tanto a las familias como al personal médico involucrado, en este nuevo marco, los profesionales de la salud que trabajan en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) de países europeos enfrentan una presión emocional y ética cada vez más intensa (Saldaña, 2024).

Particularmente en el tratamiento de niños con enfermedades crónicas o terminales, el fallecimiento se vuelve un acontecimiento complejo, difícil de asumir no solo desde el punto de vista clínico, sino también desde lo humano, la muerte de un niño se percibe como un hecho antinatural, profundamente injusto y emocionalmente devastador. Este tipo de experiencias genera altos niveles de desgaste emocional en los equipos sanitarios, quienes, además de brindar atención especializada, deben contener el sufrimiento de las familias y mantener la estabilidad emocional necesaria para seguir atendiendo otros casos críticos; médicos, enfermeras, auxiliares, técnicos y psicólogos en distintos sistemas de salud europeos reportan síntomas de fatiga por compasión, estrés laboral crónico y sentimientos de impotencia ante situaciones que escapan a su control, especialmente cuando no se cuenta con un acompañamiento institucional adecuado para el manejo del duelo profesional (Consolini, 2024).

Este panorama revela la necesidad urgente de fortalecer políticas institucionales que reconozcan el duelo como una dimensión legítima del trabajo sanitario en unidades pediátricas críticas; el abordaje del sufrimiento de los profesionales de la salud frente a la muerte infantil no debe reducirse a una cuestión individual o emocional, sino que debe ser tratado como un problema estructural dentro de los sistemas de salud europeos, donde aún persisten vacíos en cuanto a la atención del bienestar psicosocial del personal sanitario que enfrenta situaciones límite día tras día (Marten et al., 2022).

En una investigación desarrollada en un hospital de España, se identificó una realidad preocupante en torno a la formación del personal de salud que atiende a niños en fase terminal. El estudio reveló que cerca del 60% de los profesionales entre médicos, enfermeras y otros especialistas no considera haber recibido una preparación adecuada para enfrentar el proceso de cuidado durante la etapa final de vida en pacientes pediátricos, esta carencia formativa no solo limita la calidad del acompañamiento clínico, sino que también repercute en el bienestar emocional tanto del niño como de su familia. Aún más alarmante, el 83.1% de los encuestados afirmó que, ante la ausencia de protocolos claros o conocimientos específicos, suelen guiarse por la intuición para decidir cómo actuar en estos momentos críticos, esto sugiere una falta de sistematización en el abordaje del cuidado paliativo pediátrico, donde las decisiones quedan condicionadas por la experiencia personal o la sensibilidad del profesional, en lugar de estar respaldadas por una formación estructurada y basada en evidencia (Sánchez et al., 2024).

Esta situación evidencia una necesidad urgente de incluir contenidos sobre cuidados paliativos y manejo del duelo en los programas de formación de pregrado y posgrado en ciencias de la salud, así como en las capacitaciones permanentes dentro de los hospitales europeos; la ausencia de lineamientos claros no solo afecta la atención brindada a los niños y sus familias, sino que también deja al personal expuesto a altos niveles de angustia, inseguridad y desgaste emocional, en ese sentido, el estudio contribuye a visibilizar un problema que, aunque muchas veces silenciado, tiene implicancias directas sobre la calidad del cuidado y la estabilidad emocional de quienes lo proporcionan (Villacreses et al., 2024).

En el contexto de los Estados Unidos, la atención pediátrica en fases terminales enfrenta serias limitaciones, particularmente en lo que respecta a la formación del personal de salud, diversos estudios han puesto en evidencia una problemática estructural que afecta directamente

la calidad del cuidado brindado a los niños que se encuentran en situación crítica o al final de la vida (Córdoba, 2024). En una investigación aplicada en hospitales estadounidenses, se encontró que cerca del 60% de los profesionales de salud incluidos médicos, enfermeros y personal técnico especializado en unidades pediátricas reconoció no haber recibido una preparación formal o suficiente para proporcionar atención adecuada durante el proceso de muerte en niños (Beltrán, 2025). Esta falta de capacitación genera vacíos importantes en la práctica clínica, pues obliga a los profesionales a enfrentar situaciones altamente complejas desde un enfoque más empírico que técnico, con mínimas herramientas para ofrecer un acompañamiento digno, empático y profesional (Espinel, 2024).

El 83.1% de los encuestados señaló en Estados Unidos, que, ante la ausencia de lineamientos claros o formación específica, terminan actuando guiados principalmente por la intuición, más que por protocolos basados en evidencia o principios éticos sistematizados, lo cual resulta preocupante, esta dependencia de la experiencia subjetiva no solo pone en riesgo la calidad del cuidado brindado al paciente pediátrico, sino que también deja expuesto al profesional a elevados niveles de estrés, ansiedad y frustración, al no sentirse suficientemente preparado para afrontar el sufrimiento, la angustia familiar o el desenlace fatal (Torres, 2025).

A diferencia de otros campos de la medicina, el cuidado paliativo infantil en Estados Unidos aún no ha sido plenamente integrado como una competencia esencial dentro de la formación universitaria ni en los programas de residencia médica, lo que genera una brecha entre la teoría académica y la realidad asistencial. Este panorama plantea una preocupación seria para los sistemas hospitalarios del país, especialmente en un entorno donde la muerte infantil continúa siendo un tema profundamente sensible y estigmatizado; la falta de entrenamiento adecuado compromete no solo la calidad humana y técnica del servicio, sino también la salud emocional

del personal, que muchas veces debe continuar su labor con una carga psicológica significativa sin contar con mecanismos institucionales de apoyo, así, el problema no solo se limita al ámbito educativo, sino que también refleja la necesidad de políticas de salud pública que prioricen el fortalecimiento de capacidades en el manejo del duelo pediátrico, promoviendo programas de formación continua, acompañamiento psicológico para el personal y protocolos éticos estandarizados que respalden una atención compasiva, profesional y emocionalmente sostenible (De La Pava, 2024).

En el contexto de México y diversos países de Centroamérica, el manejo del duelo en el ámbito hospitalario pediátrico representa un desafío aún poco visibilizado, a pesar del impacto emocional y profesional que conlleva para el personal de salud. Si bien el tema del cuidado al final de la vida ha empezado a ganar espacio en la discusión académica y asistencial, sigue siendo una dimensión débilmente abordada en la formación profesional y en las políticas institucionales de apoyo psicosocial (Ramos et al., 2025). En investigaciones realizadas en hospitales públicos de la región, especialmente en unidades de oncología y cuidados intensivos pediátricos, se ha evidenciado que una parte significativa del personal de salud enfrenta la muerte infantil sin contar con preparación adecuada ni estrategias de contención emocional efectivas (Bayona, 2024).

En este contexto alrededor del 52% de los profesionales manifestó percibir un nivel alto de apoyo en duelo, siendo este porcentaje más notable entre las mujeres y el personal que labora específicamente en oncología pediátrica. Esta cifra, si bien positiva en apariencia, también revela que el 48% restante no percibe ese respaldo, lo que representa una alerta frente al riesgo de desgaste emocional, despersonalización y desarrollo de Burnout en contextos de alta carga emocional. En países centroamericanos, donde los sistemas de salud enfrentan limitaciones

estructurales y escasez de recursos humanos, este tipo de apoyo es aún más intermitente o inexistente, lo que agudiza la sensación de soledad profesional ante la pérdida de pacientes pediátricos (Torres, 2025).

Además, la falta de programas formales de formación en cuidados paliativos pediátricos y manejo del duelo agrava el problema, en muchas instituciones, el personal se ve obligado a improvisar respuestas desde la empatía o la experiencia personal, sin una guía técnica ni emocional que respalde sus decisiones. Esto no solo afecta la calidad del acompañamiento al niño y su familia, sino que también tiene consecuencias a largo plazo en la salud mental de los trabajadores de salud; por ello, en países como México, Honduras, Guatemala y El Salvador, se vuelve urgente implementar políticas institucionales y educativas que incluyan el abordaje del duelo como una competencia profesional esencial, así como garantizar espacios seguros de contención emocional y reflexión ética para el personal sanitario (Villacreses et al., 2024).

Asimismo, en un estudio realizado en hospitales públicos de Chile, orientado a evaluar la presencia del síndrome de Burnout y la percepción de apoyo en duelo entre profesionales de la salud que laboran en unidades de oncología y cuidados intensivos pediátricos, se evidenciaron hallazgos relevantes que refuerzan la necesidad de atender esta problemática desde una perspectiva integral. Estos resultados sugieren que, si bien existe una conciencia creciente sobre la importancia del acompañamiento emocional frente a la muerte infantil, aún persisten diferencias significativas entre servicios y perfiles profesionales, lo que podría estar condicionado por factores institucionales, culturales o incluso por el grado de exposición continua al sufrimiento infantil (Sánchez et al., 2024).

La identificación de un mayor apoyo percibido en determinadas áreas, como oncología, podría estar relacionada con la presencia de protocolos más establecidos o con una cultura de

trabajo que incorpora de forma más activa el abordaje del duelo dentro de sus prácticas clínicas, no obstante, este mismo estudio también deja entrever la fragilidad del sistema de soporte emocional en otros entornos hospitalarios, como cuidados intensivos, donde la presión asistencial y la inmediatez de las decisiones clínicas muchas veces dificultan la reflexión y la contención emocional de los profesionales, en este sentido, el fenómeno del Burnout y la falta de herramientas para enfrentar el duelo no solo comprometen el bienestar del trabajador de salud, sino que también impactan en la calidad de la atención brindada a los pacientes pediátricos y sus familias (Villacreses et al., 2024).

Por otra parte, en regiones de la sierra peruana, como Huancayo, también se han evidenciado limitaciones importantes en el abordaje de la muerte desde la práctica profesional. Un estudio desarrollado en dicha ciudad tuvo como objetivo identificar la actitud del profesional de enfermería frente al fallecimiento del paciente en el servicio de emergencia, revelando que el 66.67% de los encuestados presentó una actitud desfavorable ante esta situación. Este dato resulta particularmente preocupante si se considera que los servicios de emergencia son escenarios donde los desenlaces fatales ocurren con frecuencia y donde la reacción del personal de salud puede influir significativamente en la experiencia de los familiares y en el clima emocional del equipo asistencial (Argume, 2024).

La actitud desfavorable frente a la muerte no solo refleja una falta de preparación técnica y emocional, sino que también pone en evidencia vacíos en la formación profesional sobre el manejo del duelo, así como la carencia de políticas institucionales de apoyo emocional, en muchas ciudades de la sierra, los recursos formativos y de salud mental son limitados, y las condiciones laborales pueden ser aún más exigentes, lo que intensifica la vulnerabilidad del personal. Esta realidad no es exclusiva de Huancayo, sino que se replica en otros centros

hospitalarios ubicados en ciudades como Ayacucho, Cusco, Puno o Cajamarca, donde los profesionales de salud enfrentan con frecuencia la muerte de pacientes, pero sin contar con herramientas suficientes para afrontarla de manera ética, empática y emocionalmente sostenible (García, 2022).

Este escenario evidencia la necesidad urgente de fortalecer la formación en competencias emocionales y éticas relacionadas con el duelo, tanto en los programas académicos como en la práctica hospitalaria. Asimismo, se requiere implementar estrategias de acompañamiento institucional que permitan al personal procesar adecuadamente las pérdidas y disminuir el impacto emocional acumulado, especialmente en contextos de alta carga asistencial como los servicios de emergencia en zonas altoandinas. En la región Piura, ubicada al norte del Perú, las condiciones sociolaborales de los profesionales de salud constituyen un factor determinante en la forma en que enfrentan emocional y profesionalmente la pérdida de sus pacientes, diversas investigaciones han demostrado que dichos factores como la carga laboral, el tipo de contrato, el número de guardias, la falta de reconocimiento institucional, y la ausencia de espacios para el manejo emocional actúan como mediadores clave en el proceso de afrontamiento del duelo. Esta situación se agudiza en hospitales y centros de salud piuranos, donde la alta demanda de atención, las limitaciones en infraestructura y la escasez de personal generan un entorno laboral tenso, con poca capacidad para brindar contención emocional tanto a los pacientes como al propio equipo sanitario (Luque & Llave, 2024).

El fallecimiento de un paciente, especialmente en áreas como pediatría, emergencia o cuidados críticos, se convierte en un evento difícil de sobrellevar para médicos, enfermeros y técnicos que, además de afrontar la pérdida, deben continuar brindando atención inmediata sin espacios para procesar lo ocurrido, esta sobrecarga emocional, no gestionada adecuadamente,

puede derivar en síntomas de estrés crónico, despersonalización e incluso el desarrollo del síndrome de Burnout, afectando directamente la calidad de atención al usuario y el bienestar del profesional, a pesar de estas evidencias, los programas de salud en la región aún no contemplan políticas claras de soporte emocional ni capacitaciones permanentes que preparen al personal para afrontar la muerte como parte inherente de su labor asistencial (Argume, 2024).

Así, el caso de Piura refleja una problemática estructural en el sistema de salud, donde los factores sociolaborales no solo influyen en el rendimiento profesional, sino que también condicionan la forma en que el personal enfrenta el duelo. Esta realidad destaca la urgencia de implementar intervenciones institucionales orientadas a fortalecer el bienestar emocional de los trabajadores de salud, promover espacios de acompañamiento psicosocial y reconocer el impacto humano que conlleva la pérdida de pacientes en contextos de alta vulnerabilidad y precariedad laboral (Luque & Llave, 2024).

En el sistema de salud peruano, particularmente en la ciudad de Lima, los profesionales que laboran en unidades de cuidados intensivos pediátricos se enfrentan a un contexto altamente demandante tanto a nivel físico como emocional, la atención a niños en estado crítico o terminal implica no solo una alta carga asistencial, sino también un constante contacto con el sufrimiento y la posibilidad de la muerte infantil, lo cual representa un desafío ético, emocional y profesional de gran magnitud, pese a la frecuencia con la que estos eventos ocurren, muchos de estos profesionales no cuentan con formación específica ni con redes de apoyo institucionalizadas que les permitan afrontar adecuadamente el proceso de duelo (Ghouaibi, 2025).

En Lima Metropolitana, donde los hospitales públicos y privados concentran una alta carga de atención especializada, especialmente en unidades críticas como cuidados intensivos pediátricos y oncología, se ha podido observar una tendencia similar a la reportada en el estudio

de validación de la escala de apoyo en duelo para población hispanoparlante, en dicho estudio, se evidenció que las mujeres obtuvieron valores levemente más altos que los hombres en cuanto a percepción de apoyo social durante procesos de duelo, lo cual también se ha replicado en la experiencia local; estos hallazgos sugieren que las trabajadoras de salud podrían sentirse más acompañadas emocionalmente frente a la pérdida de pacientes, posiblemente por una mayor apertura al diálogo emocional, redes de contención más activas o por una disposición cultural más validada hacia la expresión de sentimientos (Espinell, 2024).

Autores como Plante y Cyr, explican que esta diferencia puede estar relacionada con la forma en que los hombres procesan las pérdidas, manifestando reacciones emocionales intensas, pero poco expresadas, debido a normas sociales que históricamente han limitado la exteriorización de emociones en varones. esta limitación se traduce, en muchos casos, en una baja percepción de apoyo o incluso en la negación del sufrimiento, lo que podría incrementar el riesgo de desgaste emocional y aislamiento profesional; en los hospitales limeños, donde los profesionales enfrentan diariamente situaciones de vida o muerte, esta diferencia de género en el afrontamiento del duelo cobra especial relevancia, ya que condiciona no solo la salud emocional del personal, sino también el clima organizacional y la calidad del acompañamiento brindado a las familias de los pacientes fallecidos (Saldaña, 2024).

En consecuencia, es fundamental que las políticas institucionales orientadas al bienestar del trabajador de salud incorporen un enfoque sensible al género, reconociendo que las estrategias de intervención emocional no pueden ser uniformes. Se requiere promover espacios de diálogo, contención y formación continua que consideren las diferentes formas en que hombres y mujeres procesan el duelo en el entorno hospitalario, especialmente en contextos como Lima, donde la presión asistencial y la exposición al sufrimiento son constantes, esta

conclusión refuerza la necesidad de seguir validando instrumentos y modelos de apoyo que permitan comprender y atender adecuadamente las dimensiones emocionales del personal de salud en escenarios de pérdida (Villacreses et al., 2024).

La evidencia revisada muestra que el afrontamiento del duelo por parte de los profesionales de la salud, particularmente en contextos pediátricos e intensivos, se ve profundamente influido por factores sociolaborales, emocionales y de género, las limitaciones en la formación, la sobrecarga laboral, la falta de espacios institucionales de contención y las diferencias individuales en la expresión del dolor emocional contribuyen a una gestión inadecuada del duelo; esta realidad, evidenciada en diversas regiones del Perú y otros países de habla hispana, revela la necesidad urgente de fortalecer el acompañamiento emocional en el entorno hospitalario, así, el presente estudio busca profundizar en este fenómeno dentro del contexto limeño, específicamente en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos, quienes están expuestos con frecuencia a pérdidas humanas de alto impacto emocional (De La Pava, 2024).

Tal como se evidenció en estudios internacionales y nacionales, las mujeres tienden a reportar una mayor percepción de apoyo en duelo, mientras que los varones manifiestan mayor dificultad para expresar sus emociones debido a factores culturales o sociales, esta diferencia en la vivencia del duelo se observa también en hospitales de Lima, donde la falta de programas psicoemocionales especializados limita el afrontamiento saludable de estas experiencias. Asimismo, investigaciones en regiones como Huancayo o Piura confirman que factores como el tipo de contrato, la carga horaria, el rol institucional, el acceso a capacitaciones y el clima laboral influyen significativamente en la forma en que los profesionales manejan las pérdidas (Luque & Llave, 2024).

En este sentido, surge la necesidad de investigar qué factores sociolaborales están asociados con la percepción de apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos en Lima. Esta información permitirá identificar carencias, proponer estrategias de intervención y contribuir al bienestar del personal asistencial, así como a la mejora de la calidad del servicio en contextos de alta vulnerabilidad emocional.

Por lo cual, se plantea lo siguiente:

Formulación del Problema

Problema General

¿Cuál es la asociación entre los factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025?

Problemas Específicos

¿Cómo se presentan los factores sociolaborales en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025?

¿Cómo es el apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025?

¿Cuál es la asociación entre los factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025?

¿Cuál es la asociación entre los factores laborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Determinar la asociación entre los factores sociolaborales y el apoyo en duelo en trabajadores de salud de la unidad de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025

Objetivos Específicos

Identificar los factores sociolaborales en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025.

Identificar el apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025.

Identificar la asociación entre los factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025.

Identificar la asociación entre los factores laborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025.

Justificación

Justificación Teórica

El trabajo en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) se caracteriza por su alta carga emocional, derivada de la atención a pacientes en estado crítico cuya edad y vulnerabilidad generan una implicancia afectiva significativa, en este escenario, el personal de salud se enfrenta constantemente a situaciones de vida o muerte, lo que puede provocar impactos psicológicos profundos, especialmente cuando se establece un vínculo con el paciente y su familia, dentro de este contexto, los factores sociolaborales, como la carga de trabajo, el horario, la estabilidad laboral, el clima organizacional, el nivel de formación, el tipo de unidad, así como

el acceso a soporte institucional y redes de apoyo, pueden incidir directamente en el bienestar psicológico del profesional, en especial cuando se producen eventos de pérdida o fallecimiento de pacientes, generando procesos de duelo que muchas veces son invisibilizados.

El duelo en el personal de salud es una experiencia emocional compleja, que se encuentra influenciada tanto por factores individuales como por las condiciones del entorno laboral; la exposición constante a la muerte infantil puede desencadenar una acumulación emocional no procesada, que se manifiesta como fatiga por compasión, despersonalización, sentimientos de frustración o duelo no resuelto. Estas situaciones, si no son atendidas adecuadamente, pueden desembocar en consecuencias como el síndrome de burnout, ansiedad, depresión o el abandono progresivo del rol profesional, en este sentido, el apoyo emocional, institucional y social emerge como un factor protector crucial, ya que permite al trabajador procesar sus emociones, resignificar la pérdida y encontrar contención dentro de un entorno laboral humanizado.

Desde el enfoque teórico, esta investigación se sustenta en la Teoría de la Privación del Derecho de Luto propuesta por Kenneth Doka, la cual plantea que algunas personas como los profesionales de salud experimentan pérdidas significativas, pero no son reconocidas social o institucionalmente como dolientes legítimos. Esto impide que puedan expresar libremente su dolor, recibir apoyo o participar en rituales de despedida, convirtiendo el duelo en una experiencia solitaria y silenciada, esta teoría fundamenta la necesidad de validar el sufrimiento del profesional, reconocer sus vínculos afectivos con los pacientes, y permitirle espacios de expresión emocional y cierre simbólico, especialmente en contextos como las UCIP, donde el vínculo humano entre cuidador y paciente es inevitable y profundo.

A su vez, se incorpora la Teoría del final tranquilo de la vida: Cornelia M. Ruland y Shirley M. Moore (Enfermería Buenos Aires, 2024), la cual sostiene que una muerte digna

implica no solo aliviar el sufrimiento físico del paciente, sino también crear condiciones humanas, respetuosas y empáticas para su despedida, integrando tanto a la familia como al personal que acompañó el proceso de cuidado; desde esta perspectiva, brindar una atención compasiva hasta el final de la vida permite al profesional de salud resignificar su rol en el proceso de pérdida y reforzar su sentido de propósito, lo que favorece un afrontamiento emocional saludable. Esta teoría también justifica la necesidad de incluir al profesional en rituales de cierre y despedida, como parte de la experiencia compartida del buen morir.

Complementariamente, la investigación también se apoya, en la Teoría del Apoyo Social propuesta por House, que clasifica el soporte en cuatro tipos: emocional, instrumental, informativo y de evaluación. Esta teoría resulta especialmente útil para comprender cómo el entorno laboral a través del acompañamiento de pares, la supervisión empática, la inclusión en decisiones clínicas o el acceso a capacitación puede proporcionar recursos tangibles e intangibles que ayuden al profesional a sobrellevar la pérdida. En particular, las dimensiones de reconocimiento de la relación, reconocimiento del sufrimiento y la inclusión en rituales funerarios, encuentran sustento directo en esta teoría, ya que reflejan formas concretas de apoyo percibido y su impacto sobre el afrontamiento del duelo.

Finalmente, desde una mirada integradora, también se reconoce el aporte de la Teoría del Autocuidado Profesional (Juall Carpenito, 2019), la cual promueve el desarrollo de habilidades de autorregulación emocional, reflexión ética y equilibrio personal como competencias esenciales en contextos clínicos exigentes, esta teoría refuerza la idea de que el bienestar del profesional no es solo una responsabilidad individual, sino una condición estructural que debe ser promovida activamente por las organizaciones de salud (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2018). En conclusión, comprender la interacción entre los factores sociolaborales y el apoyo en

duelo permite visibilizar la carga emocional que enfrentan los profesionales en unidades críticas y establecer la necesidad de crear entornos laborales más humanos, empáticos y sostenibles. Esta comprensión teórica no solo aporta al conocimiento académico, sino que fundamenta la urgencia de implementar estrategias institucionales de acompañamiento, cuidado y validación emocional, lo cual repercutirá positivamente en la salud ocupacional del personal, la calidad del cuidado brindado y la permanencia ética y vocacional en el ejercicio del cuidado en escenarios de alta vulnerabilidad como la UCIP.

Justificación Metodológica

La presente investigación se justifica porque los trabajadores de salud de las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) están expuestos a un entorno laboral altamente demandante, caracterizado por la atención a pacientes en estado crítico y, en muchos casos, por la experiencia de la pérdida de niños. Este tipo de situaciones puede generar un fuerte impacto emocional, que afecta tanto el bienestar personal de los profesionales como su desempeño en el ámbito asistencial. Sin embargo, en el contexto peruano existe una limitada producción científica que explore cómo los factores sociolaborales influyen en el apoyo en duelo que perciben los trabajadores de estas áreas críticas, lo cual evidencia la necesidad de profundizar en esta problemática.

El desarrollo de este estudio permitirá generar conocimiento empírico que contribuya a visibilizar una realidad poco investigada, pero de gran relevancia para la salud ocupacional y la calidad del cuidado hospitalario. Con base en los hallazgos, será posible proponer estrategias orientadas a fortalecer el bienestar emocional del personal, diseñar programas de apoyo institucional y fomentar relaciones interpersonales más saludables en el entorno laboral. Asimismo, los resultados podrán servir como sustento para implementar políticas de bienestar

que prevengan el desgaste profesional y promuevan un acompañamiento adecuado en los procesos de duelo, con el fin de mejorar la experiencia laboral del personal y, en consecuencia, la atención brindada a los pacientes y sus familias.

En este sentido, la investigación no solo aportará a la práctica profesional mediante la identificación de necesidades y posibles soluciones en el ámbito hospitalario, sino que también tendrá un impacto académico al ampliar el conocimiento disponible sobre un tema poco explorado en el Perú. De este modo, los hallazgos podrán servir como referencia para futuras investigaciones relacionadas con la salud mental, el afrontamiento del duelo y los factores sociolaborales en contextos hospitalarios críticos. En suma, el estudio se realiza porque existe una necesidad urgente de atender el impacto emocional del duelo en los trabajadores de salud, y se orienta a generar evidencia que permita fundamentar intervenciones concretas que mejoren su bienestar y su desempeño en la UCIP.

Justificación Práctica y Social

Esta investigación se realiza porque en la práctica hospitalaria se observa que los trabajadores de las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos enfrentan altos niveles de carga laboral, presión emocional y situaciones de duelo que, en muchos casos, no son abordadas de manera sistemática por las instituciones. La ausencia de políticas claras y programas de apoyo limita la capacidad del personal para manejar adecuadamente estas experiencias, lo que repercute en su bienestar y desempeño.

El estudio se plantea con el propósito de aportar evidencia que sirva de base para implementar estrategias de intervención en el ámbito hospitalario, tales como programas de acompañamiento psicológico, espacios de autocuidado y medidas de gestión laboral que fortalezcan el apoyo institucional. De este modo, los resultados podrán aplicarse directamente en

la práctica para mejorar la calidad de vida laboral del personal de salud y, al mismo tiempo, optimizar la atención que reciben los pacientes y sus familias en contextos críticos.

Esta investigación se realiza porque el impacto del duelo en los trabajadores de la salud trasciende lo individual y afecta al entorno social en el que se desempeñan; cuando el personal de salud no cuenta con apoyo adecuado, pueden generarse consecuencias como agotamiento emocional, desgaste profesional e incluso dificultades en la relación con los pacientes y sus familiares. Esto constituye un problema de relevancia social, ya que involucra tanto la calidad de la atención pediátrica como el bienestar de las familias que atraviesan procesos de enfermedad y pérdida.

El estudio se lleva a cabo con la finalidad de contribuir a una sociedad más consciente y sensible frente al cuidado de quienes cuidan, los hallazgos podrán servir para fundamentar políticas públicas y hospitalarias que promuevan el bienestar emocional de los trabajadores de salud, lo que a su vez repercutirá en la construcción de un entorno hospitalario más humano, empático y solidario. Así, la investigación tiene un alcance social porque busca generar un impacto positivo en la comunidad hospitalaria y en la sociedad en general, al reconocer y atender una problemática que ha permanecido invisibilizada.

Línea de Investigación

Salud mental y condiciones sociolaborales ocupacionales en personal de salud. Esta línea se encuentra dentro de las prioridades de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UPeU, especialmente en Enfermería y Psicología, y responde a la necesidad de profundizar en temas de riesgos psicosociales, calidad de vida laboral y bienestar emocional del trabajador de salud.

Justificación del Alineamiento Institucional

Marco institucional: Esta línea está estrechamente vinculada con los proyectos de investigación de segundo nivel (especialidad) y tesis de pregrado en Enfermería y Psicología de la UPeU, en los que se han abordado temas como “Factores de riesgo psicosocial asociados a la calidad de vida profesional de enfermería” y exposiciones a riesgos ocupacionales en UCIP.

Prioridad nacional y regional: Responde a la necesidad de fortalecer la producción científica en salud mental del personal sanitario, tema considerado estratégico por la universidad y con alta demanda en el contexto post pandemia.

Relevancia y coherencia académica: Se enmarca en la preocupación institucional por proteger la salud mental del trabajador de salud, mejorar las condiciones sociolaborales y promover la aplicación del proceso enfermero en entornos críticos, tal como exige la formación profesional en UPeU.

Presuposición Filosófica

La presente investigación parte de una visión humanista y cristiana del ser humano, según la cosmovisión promovida por la Universidad Peruana Unión, que reconoce a la persona como un ser integral: físico, mental, social y espiritual, creado por Dios con dignidad y propósito. En este sentido, se considera que cada trabajador de salud no solo cumple una función técnica en el cuidado, sino que también posee necesidades emocionales y espirituales que deben ser comprendidas, respetadas y atendidas, especialmente frente al dolor que provoca la pérdida de un paciente pediátrico. La presuposición filosófica se centra en la creencia de que el ser humano tiene la capacidad de enfrentar situaciones adversas como el duelo mediante el acompañamiento, el apoyo social y la contención emocional, en un entorno laboral que valore su humanidad. Esta visión sostiene que los profesionales de la salud no son inmunes al sufrimiento, y que el cuidado

de quienes cuidan también debe ser una prioridad moral y organizacional. Desde esta base, se promueve una investigación con enfoque ético, que respeta la autonomía, dignidad y subjetividad de los participantes, buscando no solo describir una realidad, sino también transformarla mediante propuestas que dignifiquen el trabajo sanitario y promuevan entornos laborales más empáticos, justos y resilientes.

Asimismo, esta presuposición filosófica se articula con los principios fundamentales de la Teoría de la Privación del Derecho de Luto, desarrollada por Kenneth Doka, la cual plantea que no todas las personas que experimentan una pérdida son reconocidas como dolientes legítimos por su entorno social o institucional. Este planteamiento cobra especial relevancia en contextos clínicos como las unidades de cuidados intensivos pediátricos, donde el personal de salud, a pesar de establecer vínculos significativos con los pacientes y sus familias, suele ser invisibilizado emocionalmente al momento de la pérdida. Esta teoría respalda la idea de que el duelo del profesional no solo es legítimo, sino que debe ser reconocido y acompañado, ya que su represión o negación puede afectar profundamente su integridad emocional, su vocación y su bienestar global. La presuposición de que el profesional también siente sufrir y necesita elaborar sus pérdidas conecta directamente con la necesidad de entornos laborales éticos, empáticos y conscientes del sufrimiento humano en todas sus formas.

A su vez, esta perspectiva se complementa con los fundamentos de la Teoría del Buen Morir de Shirley More, que propone que la atención al final de la vida debe enfocarse no solo en aliviar el sufrimiento físico del paciente, sino en brindar una muerte digna, acompañada y en paz. Este enfoque implica también reconocer el valor del proceso vivido por los cuidadores que han acompañado al paciente en su trayectoria de enfermedad y muerte. Desde esta mirada, el respeto por la dignidad del morir se extiende al entorno de quienes cuidaron, ofreciéndoles espacios de

cierre, validación emocional y contención posterior a la pérdida. Esta teoría resalta la importancia de humanizar el entorno clínico no solo para el paciente y la familia, sino también para el profesional, integrando el componente espiritual, afectivo y simbólico como parte esencial del acto de cuidar.

Ambas teorías dialogan con una visión filosófica que reconoce al ser humano paciente y profesional como un sujeto integral, sensible y ético, cuya experiencia en el ámbito de la salud no puede reducirse a lo técnico o funcional. Desde esta perspectiva, el cuidado y el duelo deben entenderse como procesos profundamente humanos que involucran significados, vínculos y dimensiones existenciales. Por ello, se hace necesario que las instituciones de salud reconozcan y aborden el duelo profesional como una vivencia legítima y significativa, habilitando espacios de expresión emocional, acompañamiento ritual y soporte psicológico que permitan a los trabajadores de salud afrontar la muerte de un paciente sin desdibujar su propia humanidad.

Esta investigación también se fundamenta en una visión cristiana y humanista del ser humano, reconociéndolo como un ser integral creado por Dios, con dimensión física, emocional, social y espiritual. Desde esta perspectiva, los trabajadores de salud no solo son agentes de cuidado, sino también seres sensibles y vulnerables, que experimentan dolor, pérdida y sufrimiento, especialmente al enfrentar la muerte de pacientes pediátricos. Bajo esta visión, el cuidado hacia el cuidador se vuelve una responsabilidad ética, profesional y espiritual. Así, se reconoce la importancia de brindar apoyo en duelo al personal de salud, comprendiendo que su estabilidad emocional impacta en la calidad del servicio y en su dignidad como persona.

Esta postura se sustenta en el texto bíblico de Gálatas 6:2, que dice: "Sobrellevad los unos las cargas de los otros, y cumplid así la ley de Cristo" (Gálatas 6:2, RV1960). Este versículo expresa el principio cristiano del apoyo mutuo y la solidaridad en el sufrimiento, promoviendo

una ética del cuidado donde el dolor del otro no es indiferente, sino compartido y acompañado. En ese sentido, brindar apoyo en duelo no es solo una necesidad institucional, sino también un acto de compasión y cumplimiento de una responsabilidad moral hacia quienes sirven diariamente en contextos de alta tensión emocional, como las unidades de cuidados intensivos pediátricos. De esta manera, la presuposición filosófica de este estudio se alinea con el propósito cristiano de humanizar el cuidado, promover la empatía en los entornos laborales y reconocer la dignidad de cada persona como imagen de Dios.

Desarrollo de las Perspectivas Teóricas

Antecedentes de la Investigación

Antecedentes Internacionales

Turgut y Yildiz (2023), en su investigación “*Grief and posttraumatic growth in nurses working in pediatric intensive care units*” realizada en Turquía entre marzo y junio de 2021, tuvieron como objetivo analizar el duelo y el crecimiento postraumático en enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) y examinar los factores asociados. Se trató de un estudio transversal con una muestra de 200 enfermeras pertenecientes a 87 UCIP de distintas regiones del país. Para la recolección de datos se aplicaron cuestionarios en línea que incluyeron un Formulario de Información Descriptiva, el Inventario Revisado de Duelo de Texas (TRIG), el Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI) y una pregunta abierta sobre sugerencias frente a la pérdida de un paciente. Los resultados mostraron puntajes promedio de 49.425 ± 10.868 en el TRIG y 61.450 ± 24.934 en el PTGI, identificándose una correlación negativa y débil entre la intensidad del duelo y el crecimiento postraumático ($r = -0.144$, $p = 0.041$). Además, recibir capacitación en cuidados al final de la vida, sentirse cómoda al brindar este cuidado, ofrecer apoyo emocional a las familias y contar con respaldo de otros profesionales redujo significativamente el duelo, mientras que ser mujer, desear trabajar en la UCIP y disponer de tiempo para procesar la pérdida se relacionaron con mayores niveles de crecimiento postraumático. Entre las principales necesidades reportadas destacaron disponer de mayor tiempo para recuperarse tras una pérdida ($n = 35$) y recibir apoyo profesional ($n = 22$). En conclusión, se evidenció que las enfermeras experimentan un nivel moderado de duelo tras la pérdida de un paciente y que, a medida que este disminuye, aumenta el crecimiento postraumático, por lo que los hallazgos pueden orientar a administradores de salud y futuros

investigadores en el diseño de intervenciones de apoyo para fortalecer el afrontamiento y el desarrollo personal y profesional del personal de enfermería.

Ghasemi et al. (2023) en su estudio tuvieron como objetivo analizar el impacto de la pandemia por COVID-19 en el burnout laboral de enfermeras, identificando sus principales dimensiones y factores asociados. La metodología consistió en una revisión sistemática con metaanálisis, desarrollada bajo las directrices PRISMA 2020, tomando como instrumento de referencia el cuestionario de Maslach, que evalúa el agotamiento emocional, la despersonalización y la percepción de fracaso personal. La búsqueda de información se llevó a cabo en las bases de datos PubMed, ScienceDirect y Google Scholar, y la muestra se conformó por estudios relevantes que incluían mediciones específicas de burnout en personal de enfermería durante la pandemia. Dos revisores realizaron la selección de artículos, la extracción de datos y la evaluación del sesgo de las fuentes incluidas. Los resultados mostraron que el 2.75% de las enfermeras presentaron burnout laboral durante la pandemia, con un intervalo de confianza del 95% y tasas que fluctuaron entre el 1.87% y el 7.75%. En conclusión, el estudio evidenció la necesidad de implementar intervenciones dirigidas a mitigar el efecto de la pandemia en el agotamiento laboral de las enfermeras, considerando factores individuales, organizacionales y contextuales, además de recomendar que futuras investigaciones se orienten a diseñar y evaluar estrategias efectivas para reducir el burnout en profesionales de salud en escenarios de alta presión o crisis sanitarias.

Espinoza y Luengo (2022) realizaron una investigación en Chile con el objetivo de determinar qué factores sociolaborales, de salud y organizativos predecían una alta carga mental de trabajo percibida en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID-19. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo con diseño transversal y contó con una muestra de 411

profesionales de la salud. La recolección de datos se efectuó mediante encuestas aplicadas en plena pandemia, en las que se evaluaron variables sociodemográficas, condiciones laborales, percepción de estrés, disponibilidad de elementos de protección personal y acceso a apoyo psicológico. Los resultados indicaron que el 78,35% de los participantes presentó una alta carga mental, con una media general de 3,69 (RIC: 3,35–4,05). Asimismo, se identificaron como predictores independientes de alta carga mental ser profesional de enfermería, tener menos de seis años de antigüedad en el puesto, trabajar en atención hospitalaria, percibir síntomas de estrés, disponer de tiempo de descanso insuficiente y percibir un bajo acceso a equipos de protección personal y a apoyo psicológico institucional. En conclusión, el estudio evidenció que durante la pandemia los profesionales sanitarios presentaron una elevada carga mental vinculada principalmente a factores organizativos del trabajo, lo que resalta la necesidad urgente de fortalecer las condiciones laborales, el soporte emocional y la gestión institucional del personal de salud en contextos críticos.

Grunauer et al. (2021) en un estudio internacional liderado desde Estados Unidos con la colaboración de centros hospitalarios de Europa, América Latina, Asia y África, tuvieron como objetivo evaluar cómo las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) implementan el cuidado y apoyo en duelo (GBC) como parte de un modelo de atención integral. Se trató de una investigación cuantitativa, multicéntrica, transversal y prospectiva, realizada mediante encuestas aplicadas a profesionales de salud que brindaban atención directa en 34 UCIP de 18 países con distintos niveles de ingreso según el Banco Mundial. El instrumento consistió en un cuestionario con preguntas cerradas y abiertas sobre infraestructura, personal, políticas y prácticas relacionadas con el duelo, tanto para familias como para profesionales. La muestra incluyó UCIP de países de ingresos altos (32.4%), medianos-altos (44.1%) y bajos o medianos-bajos (23.5%).

Para medir el cumplimiento de los objetivos de GBC se aplicó una puntuación basada en indicadores del modelo IPPC (Initiative for Pediatric Palliative Care), empleando modelos estadísticos multivariados (GLM) ajustados por edad y sexo del paciente, complementados con análisis cualitativo de las respuestas abiertas. Los resultados mostraron que, aunque todas las unidades brindaban algún tipo de cuidado en duelo, ninguna alcanzaba un cumplimiento completo, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre países de ingresos altos y aquellos de ingresos medianos o bajos, en especial en el apoyo al duelo del personal y de las familias. Entre las principales barreras se identificaron la falta de tiempo, financiamiento, capacitación, cultura organizacional y la ausencia de un servicio formal de cuidados paliativos. En conclusión, el estudio evidenció que las UCIP a nivel mundial ofrecen cierto grado de apoyo en duelo, pero con disparidades notables según el nivel de ingreso del país, lo que resalta la necesidad de fortalecer políticas institucionales que garanticen apoyo emocional tanto para las familias como para el personal de salud.

Asimismo, Lledó y Bosch (2021) realizaron un estudio en Barcelona con el objetivo de evaluar el afrontamiento que desarrollan las enfermeras ante la muerte de un paciente pediátrico, analizar su relación con variables sociodemográficas y describir las estrategias personales utilizadas para manejar y aceptar este proceso. La investigación fue de tipo observacional, descriptiva, correlacional y de diseño transversal, llevada a cabo entre enero y junio de 2018 en un hospital pediátrico de tercer nivel asistencial, con la participación de enfermeras de cuidados paliativos pediátricos, unidad de cuidados intensivos pediátricos, neonatología y oncohematología. Como instrumento se aplicó un cuestionario ad hoc estructurado en tres secciones: datos sociodemográficos, una escala de error de afrontamiento ante la muerte y dos preguntas abiertas sobre estrategias utilizadas. Los resultados mostraron que el 31,37% de las

enfermeras presentó un afrontamiento adecuado, mientras que el 33,33% evidenció un afrontamiento deficiente, siendo mejores las respuestas en cuidados paliativos, seguido por oncología pediátrica, neonatología y, en último lugar, cuidados intensivos. Se identificaron como variables asociadas a un mejor afrontamiento el turno de trabajo, haber experimentado la muerte de un ser querido en los últimos tres años y contar con formación previa en el tema, mientras que no se halló relación significativa con la edad, la experiencia laboral ni la condición de tener hijos. En conclusión, el estudio evidenció la necesidad de fortalecer la formación en manejo del duelo y de consolidar el apoyo psicológico profesional dentro del entorno hospitalario, con el fin de mejorar las capacidades de afrontamiento de las enfermeras frente a la muerte pediátrica.

Antecedentes Nacionales, Regionales y Locales

Santos (2024) en su tesis titulada “Estrategias de afrontamiento del enfermero ante la muerte del paciente pediátrico en la unidad de cuidados intensivos del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja-2023”, realizada en Lima, tuvo como objetivo determinar las estrategias de afrontamiento utilizadas por el personal de enfermería frente a la muerte de pacientes pediátricos en una UCIP. El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con diseño descriptivo y transversal, y tuvo como población a 45 enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja. El instrumento utilizado fue el COPE-28, versión española adaptada por Morán et al. (2010), conformado por 28 ítems, con una confiabilidad de 0.645 y una validez respaldada por análisis factorial exploratorio con un valor KMO de 0.663. Para el análisis de los datos, estos fueron codificados e ingresados en Microsoft Excel y luego procesados con el software estadístico Stata v.17.0, presentando los resultados en tablas estadísticas. A partir de investigaciones internacionales relacionadas, se reconoce que las enfermeras en cuidados intensivos enfrentan

continuamente el sufrimiento, el dolor y la muerte inevitable de los pacientes, lo cual genera estrés, desconexión emocional y desafíos de afrontamiento. En conclusión, se resalta la necesidad de fortalecer la capacidad de afrontamiento del personal de enfermería, especialmente en contextos pediátricos donde el vínculo emocional y la frecuencia de eventos críticos generan un impacto constante en el bienestar psicológico y profesional del cuidador.

El estudio realizado por Díaz et al. (2022) en la ciudad de Tacna tuvo como objetivo determinar la relación entre los factores sociolaborales y la actitud del profesional de enfermería ante la muerte del paciente en los Servicios de Cuidados Críticos del Hospital Hipólito Unanue. La investigación fue de enfoque cuantitativo, con diseño descriptivo-correlacional, y contó con la participación de 45 enfermeros y enfermeras. Para la recolección de datos se utilizaron encuestas que recogieron información sobre factores sociales (sexo, edad, religión, estado civil) y laborales (especialización, condición laboral, años de servicio, carga de pacientes, y si trabajaban en otra institución), así como la actitud ante la muerte del paciente. Los resultados mostraron que el 73,3 % del personal tenía una actitud positiva y el 26,7 % una actitud negativa frente a la muerte. La mayoría eran mujeres (86,7 %), católicas (68,9 %), entre 25 y 45 años de edad (51,1 %) y casadas (46,7 %); además, el 88,9 % tenía estudios de especialización, el 86,7 % eran nombrados y el 71,1 % atendían cinco o más pacientes por turno. A través de la prueba chi cuadrado (X^2) con nivel de significancia de 0,05, se halló una relación significativa entre los factores laborales y la actitud ante la muerte ($p < 0,05$), mientras que los factores sociales no mostraron relación significativa ($p > 0,05$). En conclusión, los factores laborales como la especialidad, el régimen laboral, la antigüedad, la carga de pacientes y la exclusividad institucional influyen significativamente en la actitud del profesional de enfermería ante la muerte del paciente, por lo

que se recomienda implementar estrategias organizacionales que mejoren el ambiente laboral y fortalezcan una actitud positiva frente a situaciones de muerte en contextos críticos.

Marco Conceptual

Factores Sociolaborales

Los factores sociolaborales son aquellas características personales y laborales del profesional de salud que influyen directa o indirectamente en su percepción y afrontamiento del duelo, especialmente en contextos de alta demanda emocional como las unidades de cuidados intensivos pediátricos (Real Academia Española [RAE], 2025).

Los factores laborales comprenden un conjunto de características vinculadas directamente al ejercicio profesional y a las condiciones institucionales en las que se desarrolla el trabajo del personal de salud (Andrade-Delgado & Garate-Aguirre, 2025). Entre estos factores se encuentran el nivel de estudios alcanzado, el título profesional, el tiempo de ejercicio laboral, la unidad de desempeño y la participación en cursos de formación específica, como los relacionados con el manejo del duelo (Rivero Fernández et al., 2025). Cada uno de estos aspectos contribuye a definir el perfil del trabajador y su capacidad para afrontar contextos clínicos de alta exigencia emocional, como ocurre en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) (Churano-Montoro et al., 2023).

El término sociolaboral hace referencia a los procesos, dinámicas y fenómenos vinculados simultáneamente con los aspectos sociales y laborales de la vida de una persona, de un colectivo o de una institución, desde esta perspectiva, lo sociolaboral abarca no solo las condiciones estructurales del trabajo, como el tipo de contrato, la jornada laboral, la experiencia profesional o el acceso a beneficios, sino también los aspectos relacionales, culturales y emocionales que configuran la experiencia del trabajador dentro de un entorno organizacional;

en otras palabras, un elemento sociolaboral está intrínsecamente ligado a la forma en que los seres humanos se organizan, interactúan y dan sentido a su vida profesional y social, combinando tanto sus prácticas cotidianas como sus construcciones simbólicas respecto al trabajo (Adanaqué et al., 2022).

Cuando se aplica el adjetivo sociolaboral a un fenómeno o proceso, se está aludiendo a una realidad socialmente construida que expresa cómo los individuos se relacionan no solo entre sí, sino también con las estructuras organizativas, las normas institucionales, el ambiente de trabajo, y con su propio bienestar emocional y personal, en el ámbito de la salud, los factores sociolaborales cobran especial relevancia, ya que las condiciones sociales del trabajador (edad, género, estado civil, soporte familiar) y las condiciones laborales (unidad donde labora, formación, tiempo de experiencia, carga laboral) influyen directamente en su rendimiento, motivación, salud mental y capacidad de afrontar situaciones complejas, como la muerte de un paciente (Socorro, 2024).

Para Roca et al. (2024) los factores sociolaborales hacen referencia al conjunto de características personales y condiciones de trabajo que inciden en el comportamiento, desempeño y bienestar del profesional de salud, estos factores comprenden tanto aspectos sociales; como el sexo, el estado civil, y el entorno familiar, como aspectos laborales; como el nivel educativo, la experiencia profesional, el ambiente institucional, el tipo de contrato y las oportunidades de formación; en el contexto hospitalario, particularmente en las unidades críticas como las UCIP, estos factores adquieren una relevancia mayor, ya que pueden influir directamente en la forma en que el personal afronta experiencias emocionalmente difíciles, como la muerte de un paciente pediátrico.

Los factores sociales y laborales poseen un papel decisivo en la configuración del pensamiento, el comportamiento y las respuestas emocionales de los individuos, especialmente en entornos complejos como los contextos hospitalarios, estos factores inciden en cómo las personas comprenden su rol en la sociedad, enfrentan el sufrimiento humano, responden a las exigencias del entorno y construyen su identidad profesional; sin embargo, es importante reconocer que dichos factores no actúan de forma aislada ni homogénea, ni pueden entenderse como determinantes únicos del desarrollo humano, su influencia está estrechamente interrelacionada con dimensiones biológicas, emocionales y cognitivas propias de cada individuo, como la personalidad, la historia de vida, la salud mental y la capacidad de afrontamiento (Suárez et al., 2025).

El nivel de estudios se refiere al grado máximo de formación académica formal alcanzado por el trabajador, lo cual puede incluir desde educación básica y media, hasta estudios técnicos o universitarios profesionales, este nivel formativo condiciona las competencias teóricas y prácticas del personal, así como su preparación para enfrentar situaciones críticas y emocionalmente demandantes (Rimachi & Rojas, 2024). Por su parte, el título profesional identifica el rol específico del trabajador dentro del equipo de salud (auxiliar, técnico o profesional de enfermería), lo que a su vez delimita sus responsabilidades clínicas, su nivel de autonomía y su exposición directa a los eventos traumáticos como la muerte de un paciente (Villacorta, 2024).

El tiempo de ejercicio profesional constituye otro factor clave, ya que la experiencia acumulada influye en el desarrollo de habilidades clínicas y de afrontamiento emocional. Se clasifica comúnmente en categorías: menos de un año, de 1 a 5 años, de 6 a 10 años, de 11 a 15 años y más de 15 años, generalmente, una mayor experiencia se asocia con una mayor capacidad

de resiliencia y adaptación ante situaciones complejas, aunque también puede relacionarse con fatiga acumulada si no existen mecanismos institucionales de apoyo (Salas et al., 2024).

El desempeño profesional es un elemento determinante, para trabajar en áreas de cuidados intensivos, pues esto implica una mayor carga emocional, un contacto constante con el sufrimiento humano y la posibilidad frecuente de enfrentarse a la muerte de pacientes, especialmente cuando se trata de niños. Es por este motivo que, la participación en cursos sobre manejo del duelo representa una herramienta valiosa que puede preparar al profesional para afrontar de manera más saludable la pérdida, brindándole conocimientos, estrategias de autocuidado y recursos para contener emocionalmente a las familias, sin desatender su propio bienestar psicológico (Cruz, 2025).

En conjunto, estos factores permiten comprender la preparación técnica, emocional y ética del trabajador de salud, y su relación con el afrontamiento del duelo en entornos hospitalarios de alta complejidad.

En este sentido, aunque los factores sociolaborales moldean de manera significativa la conducta y la experiencia de los trabajadores de salud, especialmente en el proceso de enfrentarse a la muerte de un paciente pediátrico, no deben ser reducidos a una única dimensión centrada exclusivamente en la transmisión social o cultural. Su impacto es multicausal y dinámico: las condiciones sociales (género, estado civil, redes de apoyo) y laborales (tipo de unidad, años de experiencia, formación en duelo, carga asistencial) influyen de manera distinta según el contexto institucional y las características individuales de cada profesional (Walhoff, 2025).

En el contexto hospitalario, los factores sociolaborales, como las condiciones de trabajo, las cargas emocionales, el apoyo institucional y las relaciones interpersonales, influyen

significativamente en el bienestar de los profesionales de enfermería. Estas condiciones no solo afectan su desempeño laboral, sino también su manera de afrontar situaciones emocionalmente complejas, como el duelo ante la pérdida de un paciente (Adama, 2022).

Al analizar la forma en que un trabajador de salud enfrenta el duelo, resulta indispensable comprender cómo los factores sociolaborales interactúan con la subjetividad del profesional, solo así es posible identificar tanto los recursos como las vulnerabilidades que configuran su experiencia frente a la pérdida, lo cual permitirá diseñar estrategias de apoyo efectivas y contextualizadas. En conclusión, comprender estos factores desde una perspectiva integral que reconozca tanto su dimensión estructural como personal es clave para abordar adecuadamente el impacto emocional que tiene la muerte pediátrica en el personal de salud (Medina et al., 2025).

Por tanto, en contextos de alta carga emocional como las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), comprender los factores sociolaborales permite explicar por qué algunos profesionales desarrollan mayores niveles de resiliencia, afrontamiento adaptativo o agotamiento emocional, en función de sus circunstancias personales y del soporte que encuentran en su entorno laboral e institucional.

Dimensiones de los Factores sociolaborales.

Dimensión Social. Incluye las características personales del trabajador, tales como sexo y estado civil. Estas variables influyen en los estilos de afrontamiento del duelo, ya que, por ejemplo, las mujeres tienden a mostrar mayor expresividad emocional, mientras que el estado civil puede incidir en el tipo y nivel de soporte social que reciben fuera del ámbito laboral (Florian, 2025).

La dimensión social se refiere a las características personales y contextuales que derivan de la interacción entre individuos dentro de un entorno social determinado. Esta dimensión está

constituida por elementos como la edad, el sexo y el estado civil, los cuales, aunque parecen datos demográficos simples, tienen un impacto importante en el modo en que los trabajadores de salud perciben y enfrentan situaciones emocionalmente exigentes, como el fallecimiento de un paciente pediátrico (Valle, 2025).

En términos generales, los factores sociales se manifiestan y adquieren sentido en la interacción entre dos o más personas que comparten objetivos comunes o individuales, como ocurre en los equipos de salud; el comportamiento, las emociones y las decisiones del profesional están constantemente influidos por los grupos de pertenencia, es decir, aquellos colectivos con los que la persona se identifica directamente, como su familia, sus colegas o su comunidad religiosa, estos grupos no solo proporcionan apoyo emocional, sino que también transmiten normas, valores y actitudes que pueden fortalecer o limitar las estrategias de afrontamiento ante situaciones de pérdida (Rivero et al., 2025).

Por ejemplo, el sexo puede influir en la forma en que se expresa el duelo; diversos estudios señalan que las mujeres suelen mostrar mayor apertura emocional y buscar apoyo social más activamente que los varones, lo que puede favorecer el proceso de adaptación frente a la muerte, del mismo modo, el estado civil puede estar asociado a diferentes niveles de contención emocional: una persona casada o con vínculos familiares sólidos puede disponer de una red de apoyo más estable, mientras que alguien soltero o sin soporte cercano podría enfrentar el duelo de forma más solitaria; en cuanto a la edad, esta suele relacionarse con el nivel de madurez emocional y la experiencia previa en el manejo de situaciones críticas; profesionales más jóvenes pueden tener una menor tolerancia al dolor emocional, mientras que quienes cuentan con más años pueden haber desarrollado mecanismos de afrontamiento más estables (Andrade & Garate, 2025).

Así, esta dimensión no solo recoge datos objetivos, sino que permite analizar el contexto humano y relacional del profesional de salud, en el marco de las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), donde la muerte de un paciente puede ser un evento profundamente impactante, comprender los factores sociales resulta crucial para evaluar cómo los trabajadores procesan el duelo, cómo buscan apoyo, y qué recursos personales y sociales movilizan para sobrellevarlo (Rivero et al., 2025).

Dimensión Laboral. La dimensión laboral comprende las condiciones específicas en las que un trabajador realiza sus funciones dentro de una organización. estas condiciones incluyen aspectos como el nivel de formación, el tipo de contrato, la experiencia profesional, la carga de trabajo, el número de pacientes atendidos por turno, la especialización en áreas críticas, la unidad de desempeño y el acceso a capacitaciones relacionadas con situaciones emocionales complejas, como el duelo. Estas variables no solo describen el marco técnico en que se realiza la labor sanitaria, sino que también determinan la calidad de vida laboral y la salud mental del profesional, influyendo directamente en su bienestar físico, psicológico y emocional (Churano et al., 2023).

Se relaciona con las condiciones específicas del entorno de trabajo. Variables como el nivel de estudios, el título profesional, el tiempo de servicio, la unidad de desempeño y la formación en duelo determinan el grado de preparación, resiliencia y estrategias que un profesional puede emplear ante el fallecimiento de un paciente, por ejemplo, estudios han demostrado que aquellos con formación especializada o experiencia prolongada en cuidados intensivos presentan mejores mecanismos de afrontamiento y mayor disposición al autocuidado emocional (Rimachi & Rojas, 2024).

De acuerdo con estudios en salud ocupacional, las condiciones de trabajo se definen como el conjunto de variables que permiten o limitan la ejecución adecuada de una tarea, así como el entorno en el que se desarrolla, en unidades como las de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP).

Estas condiciones adquieren un matiz crítico, ya que el entorno clínico está marcado por situaciones de alta complejidad, toma de decisiones bajo presión, contacto frecuente con el sufrimiento, y la exposición constante a la muerte de pacientes pediátricos, lo que exige al profesional no solo competencia técnica, sino también equilibrio emocional (Villacorta, 2024).

Uno de los aspectos clave en esta dimensión es la carga de trabajo, entendida como el conjunto de requerimientos físicos, cognitivos y emocionales que el trabajador debe afrontar durante su jornada laboral. En contextos como el de los cuidados intensivos, la carga no se limita a procedimientos clínicos, sino que implica también una alta exigencia psicoafectiva: contención de los familiares, acompañamiento del paciente en sus últimos momentos, toma de decisiones clínicas difíciles y gestión del propio desgaste emocional. Esta carga, cuando no es reconocida ni adecuadamente distribuida, puede generar fatiga por compasión, estrés laboral crónico y, en casos extremos, síndrome de burnout (Rimachi & Rojas, 2024).

Además, es importante señalar que en muchos países incluido el Perú, la legislación técnica establece criterios mínimos para la dotación de personal en servicios de cuidados críticos. Por ejemplo, está normado que en las UCIP debe existir una enfermera por cada paciente, debido al nivel de vigilancia y monitoreo que estos casos requieren, no obstante, en la práctica, esta proporción muchas veces no se cumple, y los profesionales deben asumir la atención simultánea de múltiples pacientes, lo que eleva significativamente la carga laboral y reduce su capacidad de

ofrecer cuidados humanizados, además de limitar el tiempo para el procesamiento emocional del duelo cuando ocurre una pérdida (Villacorta, 2024).

Por tanto, variables como el tiempo de experiencia en cuidados intensivos, el número de pacientes asignados por turno, el tipo de contrato (nombrado o contratado), la formación especializada, y la participación en programas de capacitación sobre duelo, se convierten en indicadores clave para evaluar el impacto de la dimensión laboral en la salud mental del trabajador, una adecuada valoración de estos elementos no solo contribuye a comprender mejor la forma en que el personal enfrenta la muerte de un paciente pediátrico, sino que permite diseñar estrategias organizacionales orientadas al bienestar emocional, la prevención del desgaste profesional y la promoción de entornos laborales saludables y sostenibles (Salas et al., 2024).

Apoyo en Duelo

El apoyo en duelo se refiere al conjunto de recursos sociales, emocionales e institucionales percibidos por una persona que ha experimentado la pérdida de alguien significativo. En el caso del personal de salud, implica el reconocimiento de su relación con el paciente, la validación de su sufrimiento y la inclusión en rituales o prácticas de cierre simbólico ante la muerte. Según Doka (2002), este tipo de apoyo ayuda a transformar el duelo en un proceso adaptativo, y no patológico, lo cual es crucial en entornos de alta exposición a la muerte, como las unidades de cuidados intensivos pediátricos. Anderson y Gaugler (2007) también señalan que el acompañamiento emocional y la validación del dolor profesional son formas esenciales de cuidado hacia el cuidador (Medina et al., 2025).

El duelo es un proceso profundamente humano que surge como respuesta emocional y psicológica ante la pérdida de una persona significativa, desde una perspectiva general, se entiende como el conjunto de expresiones, conductas y sentimientos que manifiestan el dolor y la

ausencia provocados por la muerte de alguien cercano, este proceso puede expresarse tanto de manera interna como externa, a través del llanto, el silencio, la tristeza, la ira, la confusión o incluso la negación, dependiendo de las características individuales, culturales y sociales de quien lo experimenta (Rojas, 2024).

En el lenguaje cotidiano, el duelo es asociado frecuentemente con el luto visible como la vestimenta negra, la asistencia a funerales o las muestras de respeto, pero en realidad es un fenómeno mucho más amplio y complejo. Se trata de un proceso adaptativo, mediante el cual la persona asimila la pérdida, reorganiza su mundo emocional y reconstruye su cotidianidad en función de una nueva realidad sin la presencia física del ser querido, lejos de ser una patología, el duelo es una respuesta normal y necesaria frente a la muerte, aunque su intensidad, duración y forma de expresión varían según cada individuo y su contexto (Heredia & Villa, 2024).

Desde una visión psicológica, el duelo no es un evento puntual, sino un camino doloroso pero natural, en el que la persona transita diversas etapas que pueden incluir negación, rabia, tristeza profunda, resignación y aceptación, con el objetivo final de encontrar un equilibrio entre lo vivido, lo perdido y lo que continúa, este proceso no busca olvidar, sino integrar la pérdida en la vida, dando espacio al recuerdo sin que ello impida el bienestar (Valle, 2025).

Es importante destacar que el duelo puede verse influenciado por múltiples factores: personales (como la edad, la madurez emocional o la historia de vida), situacionales (las circunstancias de la muerte, el grado de vinculación con el fallecido) y culturales (los rituales, creencias y formas de afrontar la muerte en cada sociedad), estas variables pueden mediar la intensidad del sufrimiento y la forma en que se manifiesta. Asimismo, el duelo puede expresarse mediante conductas activas, como hablar de la pérdida o asistir a ceremonias, o formas más pasivas, como el aislamiento o la negación emocional (Martínez et al., 2024).

En el ámbito del cuidado de la salud, y especialmente en unidades de alta complejidad como las UCIP, el duelo también puede afectar al personal de salud, aunque este suele ser invisibilizado (Cabezas et al., 2021). Cuando un profesional pierde a un paciente con el que ha creado un vínculo significativo, también transita un proceso de duelo que, si no es acompañado ni reconocido, puede derivar en afectaciones emocionales, fatiga emocional e incluso abandono vocacional (López, 2022). Por ello, comprender el duelo no solo como una respuesta esperada en los familiares, sino también como una vivencia legítima en los cuidadores, es fundamental para el desarrollo de una práctica clínica más humana, empática y sostenible (Mejía & Ramos, 2022).

Desde una perspectiva constructivista, el proceso de duelo puede entenderse como una experiencia activa, dinámica y profundamente personal, en la que la persona se ve obligada a reconstruir su mundo interno de significados tras la pérdida (Pallmeto, 2024). No se trata simplemente de superar la ausencia de quien ha partido, sino de reorganizar la manera en que se interpretan las relaciones pasadas, los vínculos presentes y las proyecciones futuras; este proceso está determinado tanto por las relaciones reales como por aquellas simbólicas, así como por los recursos internos que cada individuo posee para enfrentar la adversidad. El duelo, por tanto, no es una etapa pasiva de sufrimiento, sino una travesía que implica avanzar, retroceder, detenerse y, finalmente, resignificar (Rojas, 2024).

Aunque existen múltiples definiciones sobre el concepto de duelo, una de las más integradoras es aquella que lo concibe como un proceso activo, que demanda la realización de tareas emocionales, cognitivas y simbólicas para reorganizar la vida sin la presencia del ser perdido. Esta perspectiva resalta que el duelo no tiene un único camino ni un ritmo fijo, sino que varía según la historia de vida, el contexto cultural, el tipo de pérdida y los recursos de afrontamiento de cada persona. Así, el duelo se convierte en una oportunidad para transformar el

sufrimiento en crecimiento, sin negar el dolor que naturalmente lo acompaña (Heredia & Villa, 2024).

En el caso particular de los profesionales de la salud, este proceso se complejiza aún más. Enfrentar la muerte forma parte de su quehacer cotidiano, especialmente en servicios críticos como las unidades de cuidados intensivos pediátricos, donde la muerte de un paciente, aunque prevista, nunca deja de ser impactante, la repetición constante de estas experiencias no genera inmunidad emocional, sino que, por el contrario, puede provocar un desgaste acumulativo si no existen herramientas adecuadas para elaborarlo. Es por ello que el desarrollo de competencias psicosociales y emocionales para afrontar el duelo se vuelve fundamental; estas competencias permiten no solo sostener el bienestar personal del trabajador, sino también garantizar una atención empática y ética hacia los pacientes y sus familias (Pallmeto, 2024).

Además, cuando el profesional de salud no dispone de espacios institucionales de contención o apoyo, el duelo no procesado puede derivar en consecuencias serias como el agotamiento emocional, la despersonalización del cuidado, la pérdida de sentido vocacional o incluso el abandono del servicio, en ese contexto, el duelo no debe ser visto como una reacción puntual ante la muerte, sino como un fenómeno que atraviesa el quehacer clínico, que requiere acompañamiento, reconocimiento y estrategias formativas desde la propia organización (Velázquez & Quiroz, 2022).

Por tanto, abordar el duelo en el personal de salud implica comprenderlo como un componente estructural del ejercicio profesional, que debe ser gestionado con responsabilidad institucional y sensibilidad humana, reconocer que los trabajadores de salud también experimentan pérdidas emocionales y necesitan ser acompañados en esos momentos es una

condición indispensable para construir sistemas sanitarios más humanos, sostenibles y centrados no solo en el paciente, sino también en quienes cuidan (Quiche, 2022).

El duelo profesional es una forma particular de duelo que experimenta el trabajador de salud en su condición humana al enfrentarse a la pérdida de un paciente, aunque muchas veces se asume que el profesional debe mantener una actitud objetiva y emocionalmente distante, lo cierto es que el vínculo que se establece con los pacientes, especialmente en servicios de atención prolongada o intensiva, puede tornarse significativo y generar un impacto emocional profundo cuando ocurre la muerte, el profesional, más allá de su rol técnico, es una persona con sensibilidad, historia, empatía y emociones que se ven activadas ante el sufrimiento y la pérdida; por tanto, el fallecimiento de un paciente puede constituirse en una pérdida real y dolorosa, capaz de afectar su mundo emocional, físico y mental (Atiencia, 2024).

Este tipo de duelo se manifiesta de forma particular en contextos donde el contacto con el paciente ha sido estrecho, frecuente o cargado de implicancia emocional, como suele suceder en las unidades de cuidados intensivos pediátricos, el profesional de salud, al haber acompañado el proceso de deterioro, tratamiento y, en algunos casos, esperanza frustrada, experimenta un impacto emocional acumulativo, que muchas veces no es expresado ni validado por el entorno institucional; esta forma de sufrimiento, al no ser reconocida como legítima, se convierte en un duelo silencioso, no compartido, que puede permanecer latente o cronificarse si no es adecuadamente elaborado (Lledó & Bosch, 2021).

El duelo profesional, por tanto, no solo implica una reacción emocional momentánea, sino que puede conllevar un conjunto de respuestas psicológicas como tristeza, vacío, agotamiento, culpa o frustración, que interfieren en el bienestar personal del profesional y en la calidad del cuidado que brinda, además, si estas emociones no encuentran un canal de expresión

o contención dentro del equipo de trabajo, pueden derivar en fatiga por compasión, desmotivación profesional o una despersonalización progresiva de la atención sanitaria. En algunos casos, el profesional puede llegar a desconectarse emocionalmente como mecanismo de defensa, lo cual a largo plazo no solo lo afecta a nivel personal, sino que deteriora el clima organizacional y el trato humanizado al paciente (Luque & Llave, 2024).

Reconocer el duelo profesional como una experiencia legítima y natural es un primer paso hacia la humanización del cuidado también para el cuidador, brindar espacios institucionales de apoyo emocional, promover una cultura que no penalice la sensibilidad y formar al personal en estrategias de afrontamiento son acciones necesarias para sostener la salud mental del trabajador y garantizar su permanencia activa, comprometida y empática en el sistema de salud (Díaz et al., 2022).

En las últimas décadas, el modelo biomédico dominante ha centrado su atención en la curación de enfermedades, el control de síntomas y la prolongación de la vida, esta orientación hacia la recuperación como fin último ha contribuido, de manera progresiva, a que la muerte sea percibida como una derrota dentro del ámbito de la salud, tanto desde la mirada institucional como desde la vivencia individual del profesional; en este contexto, la pérdida de un paciente no solo representa un desenlace clínico no deseado, sino que adquiere una carga simbólica de fracaso profesional, generando en el personal sanitario sentimientos de frustración, impotencia y dolor profundo (Santos, 2024).

Cuando un trabajador de salud se ha entregado con dedicación, esfuerzo y esperanza al proceso de recuperación de un paciente, especialmente en situaciones complejas o críticas, como en las unidades de cuidados intensivos pediátricos, la muerte de ese paciente puede vivirse como una ruptura emocional que afecta múltiples dimensiones del ser, la percepción de no haber

logrado el objetivo esperado, pese al compromiso y la intervención oportuna, puede impactar negativamente en su autoestima profesional, desatar emociones intensas como culpa, tristeza o rabia, y minar su sentido de eficacia clínica (Martínez et al., 2024).

Este tipo de experiencia, cuando se repite o no encuentra espacios de elaboración, puede derivar en un estado de cansancio emocional profundo, en el que se combina el agotamiento físico, la saturación mental, el desgaste afectivo y, en algunos casos, el deterioro del equilibrio espiritual, el profesional comienza a cuestionarse su capacidad, su propósito y el sentido de su labor, entrando en una espiral de desgaste que puede afectar tanto su salud personal como la calidad del cuidado que brinda. La muerte, lejos de ser comprendida como parte del ciclo vital, se convierte en una amenaza al propio valor profesional (García, 2022).

Por ello, es fundamental repensar el enfoque con el que se enfrenta la muerte dentro del sistema sanitario. Reconocer que no todos los procesos clínicos terminan en la curación, y que acompañar en el morir también es una forma de cuidar, permite al profesional resignificar su rol frente a la pérdida; validar sus emociones, ofrecer contención emocional e institucional, y promover una visión más compasiva e integral del cuidado, contribuyen a prevenir el agotamiento profesional y a sostener una práctica más humana, resiliente y equilibrada (Lledó & Bosch, 2021).

A partir del análisis de la experiencia de diversos profesionales de la salud y de la evidencia científica disponible, es posible comprender con mayor claridad cuáles son los factores que favorecen el apoyo percibido por el personal sanitario frente a la vivencia del duelo. Estos factores no solo se relacionan con la existencia de recursos institucionales formales, como programas de acompañamiento psicológico o espacios de contención emocional, sino también

con aspectos relacionales, organizacionales y personales que permiten al trabajador enfrentar la pérdida de manera más saludable y adaptativa (Pallmeto, 2024).

Entre los elementos más relevantes se encuentra el clima emocional dentro del equipo de trabajo, donde el respeto por las emociones, la empatía entre colegas y la validación del sufrimiento se convierten en fuentes fundamentales de apoyo, igualmente importantes son el reconocimiento del vínculo generado con el paciente, la posibilidad de expresar el dolor sin temor a ser juzgado y la inclusión del profesional en los procesos de cierre, como rituales simbólicos o despedidas institucionales, que ayudan a elaborar el duelo de forma más consciente y significativa (Medina et al., 2025).

Además, el nivel de preparación del trabajador también influye en cómo vive y procesa la pérdida. La formación específica en manejo del duelo, el acceso a espacios reflexivos, y el acompañamiento de supervisores o líderes con sensibilidad emocional, contribuyen a fortalecer la resiliencia del profesional y a reducir el impacto negativo de experiencias dolorosas repetidas, del mismo modo, los factores sociolaborales como la carga laboral, la experiencia previa, la estabilidad en el puesto y la especialización pueden actuar como facilitadores o barreras en la percepción del apoyo disponible (Rojas, 2024).

En síntesis, el apoyo frente al duelo en el ámbito hospitalario no depende únicamente de recursos externos, sino también de la capacidad del entorno para humanizar las relaciones laborales, reconocer el sufrimiento del cuidador y garantizar condiciones que promuevan el bienestar emocional del personal, comprender estos factores permite no solo identificar necesidades, sino también proponer intervenciones efectivas que fortalezcan la salud mental del equipo de salud y la calidad del cuidado brindado en contextos críticos como las UCIP (Heredia & Villa, 2024).

Tras la muerte de un paciente, especialmente en contextos donde el vínculo ha sido estrecho y cargado de significado, como ocurre en las unidades de cuidados intensivos pediátricos, resulta fundamental que el profesional de salud tenga la oportunidad de cerrar emocionalmente el proceso de pérdida, este cierre no ocurre de forma automática ni únicamente con el retiro del cuerpo o la finalización del turno, sino que requiere de instancias que permitan dar término simbólico al lazo construido con el paciente y su familia durante la atención (Atiencina, 2024).

La creación de espacios de cierre, ya sean personales o colectivos, representa una estrategia esencial para la elaboración del duelo, estos pueden incluir desde despedidas silenciosas en la habitación del paciente, reuniones breves con el equipo para reflexionar sobre el caso, momentos de oración, actos simbólicos como escribir una nota o encender una vela, hasta la participación en rituales institucionales o comunitarios, lejos de ser meros formalismos, estas acciones permiten al profesional expresar sus emociones con libertad y respeto, procesar la pérdida y resignificar el vínculo que se ha roto (Pallmeto, 2024).

Al participar en estos rituales o momentos simbólicos, el profesional no solo honra la vida del paciente, sino que también da sentido a su propio proceso de duelo, reconociendo la experiencia vivida y permitiéndose avanzar sin reprimir sentimientos de tristeza, frustración o decepción. En muchas ocasiones, la imposibilidad de cerrar adecuadamente estos procesos puede dejar huellas emocionales que se acumulan con el tiempo, generando sensaciones de vacío, angustia o incluso percepción de fracaso profesional (Medina et al., 2025).

Por el contrario, cuando existen espacios de despedida y acompañamiento emocional, el duelo puede transitarse de manera más saludable, estos momentos ofrecen al trabajador la oportunidad de expresar sus sentimientos, compartir el dolor con otros miembros del equipo, y

transformar el sufrimiento en aprendizaje o crecimiento personal. De esta forma, el cierre del vínculo no implica olvidar, sino integrar la experiencia vivida en la trayectoria profesional y emocional del cuidador, fortaleciendo su sentido de propósito y su capacidad para continuar cuidando con humanidad y entrega (Rojas, 2024).

Uno de los elementos más significativos en el proceso de afrontamiento del duelo para los profesionales de la salud es el apoyo recibido por parte de las personas en su entorno, tanto dentro como fuera del ámbito laboral. Este tipo de soporte cumple un rol esencial como factor protector frente al desgaste emocional, ya que permite canalizar las emociones, disminuir el aislamiento afectivo y recuperar progresivamente el equilibrio psicológico necesario para continuar con las labores asistenciales. La posibilidad de compartir la experiencia de pérdida con personas cercanas, que validen sus emociones sin juzgar ni minimizar el sufrimiento, genera una contención auténtica que favorece el tránsito saludable por el proceso de duelo (Heredia & Villa, 2024).

Entre todas las formas de apoyo, el que proviene de los pares o colegas del mismo equipo suele ser percibido como uno de los más valiosos, esto se debe a que estos compañeros no solo comprenden el contexto clínico en el que ocurrió la pérdida, sino que también comparten la misma exposición emocional y la intensidad del vínculo con los pacientes. El apoyo entre pares permite la validación mutua, el reconocimiento del dolor compartido y la creación de espacios informales de conversación, reflexión o desahogo, que resultan fundamentales para disminuir la carga emocional acumulada (Atiencia, 2024). Además, estos espacios de interacción entre colegas contribuyen a fortalecer la cohesión grupal, consolidar la identidad profesional y fomentar una cultura de cuidado recíproco dentro del equipo (Rojas, 2024).

Este tipo de apoyo no solo favorece el afrontamiento emocional del duelo, sino que también mejora la autoconfianza del profesional, al sentir que no está solo frente al dolor ni frente a las exigencias del entorno hospitalario, a través de la experiencia compartida, los trabajadores de salud desarrollan nuevas estrategias de afrontamiento, incrementan su capacidad de resiliencia y logran resignificar su rol dentro del proceso asistencial, lo que a su vez impacta positivamente en su satisfacción profesional y en la calidad del cuidado que ofrecen (Pallmeto, 2024).

En suma, recibir apoyo emocional del entorno ya sea de compañeros, superiores, familiares o redes externas no solo constituye un recurso psicológico de gran valor, sino también una necesidad fundamental para sostener la salud mental del profesional, especialmente en contextos de alta vulnerabilidad emocional como lo son las unidades de cuidados intensivos pediátricos. Fomentar una cultura institucional que reconozca y promueva estos vínculos de contención puede marcar una diferencia significativa en el bienestar y la permanencia del personal de salud en sus funciones (Heredia & Villa, 2024).

Además del respaldo recibido en el entorno laboral, el apoyo incondicional por parte de la familia cumple un rol clave en el proceso de afrontamiento del duelo del profesional de salud (Lledó & Bosch, 2021). La familia, al constituir el núcleo emocional más íntimo y constante, representa una fuente primaria de contención afectiva que permite sostener el equilibrio mental, físico y espiritual del trabajador, especialmente luego de enfrentar la pérdida de un paciente, este acompañamiento se torna aún más determinante cuando se trata de relaciones estrechas, como la de la pareja, con quien se comparten no solo responsabilidades cotidianas, sino también vivencias, emociones y procesos de adaptación frente a situaciones difíciles (Luque & Llave, 2024).

El respaldo de la pareja se considera un factor protector significativo ante el estrés laboral, ya que crea un espacio seguro donde el profesional puede expresar libremente su dolor, sin temor a ser juzgado o incomprendido, sentirse escuchado, comprendido y acompañado fortalece la autopercepción de estabilidad emocional y permite al trabajador recuperar energía, reconstruir el sentido de su labor y proyectarse nuevamente hacia su entorno profesional con mayor claridad y serenidad, este tipo de apoyo también favorece el descanso mental fuera del contexto hospitalario, facilitando la desconexión temporal del entorno clínico y previniendo el agotamiento emocional crónico (Díaz et al., 2022).

Asimismo, el compromiso emocional de la familia no solo contribuye a la elaboración del duelo, sino que también influye directamente en la forma en que el profesional enfrenta otras situaciones de estrés inherentes a su labor, como la sobrecarga asistencial, la toma de decisiones complejas o la exposición repetida al sufrimiento. Una familia empática, contenedora y emocionalmente presente, puede reforzar la autoestima del trabajador y brindarle un sentido de seguridad que le permita mantener su bienestar integral, incluso en contextos de alta exigencia emocional (Santos, 2024).

El apoyo familiar, en especial el de la pareja, no debe ser subestimado en el análisis del duelo profesional. Constituye un pilar emocional clave que, al actuar en sinergia con otros factores de apoyo, fortalece la resiliencia del profesional de salud, mejora su capacidad de afrontamiento y contribuye a preservar su vocación, su salud mental y su compromiso ético con el cuidado (Martínez et al., 2024).

Contar con un equipo de trabajo cohesionado es un factor determinante para el bienestar emocional del profesional de salud, especialmente en contextos clínicos de alta exigencia como las unidades de cuidados intensivos pediátricos, la cohesión grupal, entendida como la unión,

confianza y cooperación entre los miembros del equipo, no solo facilita el cumplimiento eficiente de las funciones clínicas, sino que también actúa como un importante sistema de apoyo emocional frente al duelo. Un equipo cohesionado permite crear un entorno donde el profesional puede sentirse respaldado, comprendido y acompañado en los momentos de mayor vulnerabilidad emocional, como lo es la pérdida de un paciente (García, 2022).

Cuando existe un buen nivel de comunicación interpersonal, fluida y respetuosa, se favorece un ambiente de trabajo donde prevalece la empatía, el compañerismo y la contención mutua, esto no solo mejora la toma de decisiones clínicas conjuntas, sino que permite abordar las situaciones difíciles desde una lógica compartida, reduciendo la sensación de aislamiento o responsabilidad individual excesiva. En un equipo unido, se promueve el intercambio emocional espontáneo, la expresión libre de sentimientos, e incluso el uso positivo del humor como mecanismo adaptativo para aliviar la tensión, sin trivializar el sufrimiento (Gámez, 2022).

Además, la cohesión grupal fortalece el sentido de pertenencia, permitiendo que el profesional se reconozca como parte de un colectivo que comparte no solo objetivos terapéuticos, sino también vivencias emocionales y éticas, este sentido de comunidad disminuye la carga subjetiva del duelo y potencia la resiliencia grupal, al convertir el dolor individual en una experiencia compartida que puede ser abordada conjuntamente, la seguridad emocional que ofrece un equipo unido facilita también la identificación de señales de agotamiento en los compañeros, promoviendo el autocuidado colectivo y el acompañamiento mutuo (Bravo, 2022).

En definitiva, tener un equipo cohesionado no solo favorece la eficacia organizacional, sino que se convierte en un pilar esencial para el afrontamiento del duelo profesional, al ofrecer al trabajador un espacio de confianza, contención y reconocimiento, donde puede reconstruir su

equilibrio emocional, recuperar el sentido de su labor y continuar brindando cuidados desde una posición humana, ética y sostenida (Cuenca et al., 2021).

El soporte espiritual representa una fuente profunda de contención emocional y sentido, especialmente en momentos marcados por la pérdida, la incertidumbre y el sufrimiento, para los profesionales de la salud, contar con una dimensión espiritual activa les permite reinterpretar las vivencias de duelo, resignificar el dolor y transformar la experiencia de la muerte en una oportunidad para el crecimiento interior; este tipo de soporte no necesariamente se relaciona con creencias religiosas estructuradas, sino que abarca una comprensión más amplia del sentido de la vida, de la trascendencia y del vínculo con lo esencial del ser humano (Cortés, 2024).

En contextos hospitalarios de alta complejidad, como las unidades de cuidados intensivos pediátricos, el profesional de salud enfrenta cotidianamente situaciones límites, entre ellas, la muerte de pacientes con quienes muchas veces ha establecido vínculos significativos, en estos casos, la espiritualidad puede convertirse en una herramienta de sostenimiento emocional, al permitirles procesar la pérdida desde un enfoque más profundo y compasivo, disminuyendo las sensaciones de impotencia, fracaso o vacío que pueden emerger tras el fallecimiento de un niño (Saldaña, 2024).

El soporte espiritual puede manifestarse a través de prácticas como la meditación, la oración, la contemplación, la conexión con la naturaleza o el uso de terapias integrativas como las bioenergéticas, todas ellas orientadas a recuperar el equilibrio interno y restaurar el sentido del cuidado brindado. Estos espacios personales de conexión con lo trascendente permiten al profesional reconciliarse con los límites de la vida, aceptar la muerte como parte del ciclo vital y continuar con su labor desde una perspectiva más serena, centrada y humana (Salazar, 2022).

Asimismo, se ha observado que los trabajadores de salud que reportan sentirse espiritualmente sostenidos tienden a experimentar mayores niveles de satisfacción por compasión, lo que les permite enfrentar con mayor fortaleza emocional el acompañamiento de pacientes en etapa terminal, este tipo de satisfacción no proviene únicamente del resultado clínico, sino del acto mismo de cuidar con presencia, respeto y entrega, aun cuando no se logre la recuperación del paciente, la espiritualidad, en este sentido, no elimina el dolor, pero sí lo contextualiza, lo suaviza y le otorga una dimensión más amplia de comprensión, el soporte espiritual es un recurso poderoso para atravesar el duelo profesional, ya que ofrece al trabajador de salud un camino interior de sanación, reconexión consigo mismo y resiliencia, favoreciendo así su bienestar emocional y su permanencia en el ejercicio de un cuidado ético, empático y trascendente (Chumbislla & Huamaní, 2021).

El apoyo de un mentor constituye una de las formas más significativas de acompañamiento en la formación y consolidación profesional del personal de salud, especialmente en contextos clínicos de alta demanda emocional como las unidades de cuidados intensivos pediátricos, la figura del mentor no solo representa una guía técnica y operativa en el desarrollo de competencias, sino que también actúa como un modelo emocional y ético que orienta al profesional en la forma de enfrentar situaciones difíciles, como lo es la muerte de un paciente (Azpiazu et al., 2024).

Desde el inicio de su desempeño profesional, contar con un mentor que brinde orientación, escuche activamente, valide las emociones y comparta sus propias experiencias, permite que el trabajador novel transite el proceso de duelo dentro de un marco de aprendizaje seguro y acompañado, este tipo de relación fomenta la confianza, reduce la ansiedad ante lo desconocido y favorece la elaboración emocional de la pérdida, al ofrecer herramientas prácticas

y perspectivas humanas que no siempre están presentes en los programas de formación técnica (Vargas & Vargas, 2022).

El acompañamiento de un mentor facilita que los profesionales más experimentados transfieran saberes emocionales y relacionales a quienes inician su trayectoria, promoviendo un abordaje más consciente, reflexivo y sostenido del duelo, esto no solo fortalece el proceso de afrontamiento individual, sino que también contribuye a crear una cultura organizacional de cuidado y apoyo mutuo, donde el sufrimiento no se invisibiliza, sino que se comparte y se transforma en experiencia compartida y en oportunidad de crecimiento profesional (Gutierrez & Prieto, 2024).

Además, el mentor puede actuar como un puente entre la teoría y la práctica emocional del cuidado, ayudando al trabajador más joven a integrar su sensibilidad con su rol clínico, a desarrollar recursos internos y a resignificar sus propias vivencias de pérdida desde una mirada profesional, empática y humana. Esta forma de apoyo contribuye significativamente a disminuir la sensación de soledad, a prevenir el desgaste prematuro y a fortalecer el compromiso ético y emocional con la labor asistencial (Alvarez et al., 2021).

En suma, la presencia de un mentor cercano, accesible y emocionalmente disponible, no solo mejora el afrontamiento del duelo en etapas iniciales de la carrera profesional, sino que también impacta positivamente en la calidad del acompañamiento que el personal de salud brinda a los pacientes y sus familias. Así, el mentoreo emocional y técnico se posiciona como una herramienta clave para humanizar la formación clínica y sostener la vocación en escenarios donde el dolor, la pérdida y la vida conviven estrechamente (Vargas & Vargas, 2022).

Una de las fuentes de soporte emocional más significativas para los profesionales de la salud en el contexto del duelo es la convicción íntima de haber ofrecido la mejor atención posible

al paciente y a su familia. Esta percepción, basada en la ética del cuidado y en el compromiso profesional, actúa como un factor protector que mitiga la culpa, la frustración o la sensación de impotencia que muchas veces acompaña a la muerte de un paciente, especialmente cuando se trata de un niño. Saber que se actuó con responsabilidad, diligencia, empatía y humanidad, permite al profesional experimentar una sensación de paz interna, aun en medio del dolor por la pérdida (Euribe & Muñoz, 2022).

Este sentido de cumplimiento no se limita a la eficacia técnica del cuidado, sino que abarca también la calidad del acompañamiento emocional brindado durante el proceso de enfermedad, deterioro y fallecimiento. La posibilidad de haber garantizado una muerte digna, respetuosa y acompañada representa una forma de cuidado tan valiosa como la recuperación clínica, ya que devuelve a la muerte su dimensión humana y compasiva. En este sentido, el profesional siente que, aunque no pudo evitar el desenlace, sí pudo aliviar el sufrimiento, contener a la familia y sostener al paciente hasta el final con presencia, respeto y sensibilidad (López et al., 2021).

Esta vivencia de sentido y cumplimiento se transforma en una base emocional que permite al trabajador seguir adelante, reenfocar su energía y continuar brindando atención a otros pacientes. La certeza de haber actuado conforme a sus valores profesionales y personales le otorga estabilidad emocional, reafirma su vocación y le permite evitar la desconexión afectiva que a veces se desarrolla como mecanismo de defensa frente al dolor acumulado (García, 2022).

Asimismo, sentirse parte de un equipo que actuó con compromiso, coherencia y humanidad refuerza el sentido de pertenencia y la identidad profesional colectiva, fortaleciendo los vínculos internos del grupo y su capacidad para afrontar otras pérdidas futuras, este sentimiento también se convierte en una herramienta poderosa para resignificar la experiencia de

duelo, no como un fracaso, sino como un acto de cuidado pleno, que trasciende la vida y deja una huella significativa tanto en el paciente como en quienes lo acompañaron (Aponte & Guerrero, 2022).

Sentir que se entregó la mejor atención disponible permite al profesional de salud dar sentido a la pérdida, encontrar consuelo en su actuar y renovar su motivación para seguir cuidando, con humanidad y compromiso, a otros pacientes que requieren de su presencia activa, incluso en momentos difíciles (Instituto Nacional del Cáncer [INC], 2023).

Dimensiones del Apoyo en Duelo.

Reconocimiento de la Relación. Esta dimensión se refiere a la validación del vínculo emocional y profesional que el trabajador de salud desarrolla con el paciente pediátrico durante el proceso de atención. En las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), donde el cuidado se brinda de forma constante, individualizada y prolongada, es común que el personal enfermeras, técnicos y médicos establezca lazos afectivos con los niños, más aún cuando estos presentan condiciones crónicas o se encuentran hospitalizados por largos periodos. La muerte de un paciente con quien se ha generado una conexión significativa no solo representa una pérdida clínica, sino también una experiencia humana de dolor y desconcierto que impacta emocionalmente al profesional (Rodríguez, 2021).

El reconocimiento de esa relación por parte del entorno laboral e institucional es un factor protector fundamental para el afrontamiento saludable del duelo. Validar que el profesional no solo “atendió” sino que también “se vinculó” con el paciente, implica reconocer que su pérdida no le es indiferente, y que es legítimo sentir tristeza, vacío o dolor por esa ausencia. Cuando los compañeros, supervisores o incluso los familiares del niño reconocen esa cercanía ya sea mediante palabras, gestos de empatía o invitaciones simbólicas a despedirse, se genera un

espacio de apoyo que favorece la expresión emocional y disminuye el riesgo de aislamiento afectivo (Canal et al., 2023).

En contraste, cuando la relación con el paciente no es reconocida o es deslegitimada, el profesional puede experimentar una sensación de invisibilidad emocional. Esta falta de reconocimiento puede llevarlo a dudar de la validez de sus propios sentimientos, a reprimir su dolor o a sentir culpa por haber “involucrado demasiado sus emociones”. Esta situación es particularmente común en entornos laborales con culturas rígidas, centradas exclusivamente en la productividad y el cumplimiento de funciones, donde la dimensión humana del cuidado tiende a ser minimizada (Rodríguez & Raga, 2021).

Reconocer la relación entre el profesional y el paciente implica también entender el cuidado como un acto profundamente humano, donde el vínculo no es solo técnico, sino también afectivo. Este reconocimiento permite que el profesional elabore su duelo de forma más libre y respetuosa, que se sienta acompañado por su entorno y que pueda continuar su labor sin cargar con emociones no resueltas. En consecuencia, la validación de la relación con el paciente se convierte en un componente clave del apoyo en duelo, al generar un entorno emocionalmente seguro, donde se comprende que cuidar también puede doler, y que ese dolor merece ser acompañado (Mucha, 2022).

Reconocimiento del Sufrimiento o Pérdida. Hace alusión a la aceptación por parte del entorno del dolor emocional que experimenta el profesional. Este reconocimiento es fundamental, ya que en muchas instituciones la cultura organizacional puede invisibilizar el duelo del personal de salud, obligándolos a reprimir sus emociones y continuar su labor sin apoyo ni contención, lo que a largo plazo puede derivar en fatiga por compasión o burnout (Manzanares & Niño, 2021).

Esta dimensión se refiere a la validación y aceptación explícita del dolor emocional que experimenta el profesional de salud tras la muerte de un paciente, especialmente en contextos donde ha existido una relación cercana o prolongada con el niño y su familia, como ocurre en las unidades de cuidados intensivos pediátricos. Reconocer el sufrimiento del personal no significa únicamente admitir que ha sido afectado por una pérdida, sino también generar un espacio de contención emocional donde ese dolor pueda ser expresado, acompañado y elaborado sin temor al juicio o a la descalificación profesional (García, 2022).

En muchas instituciones de salud, sin embargo, la cultura organizacional tiende a minimizar o invisibilizar el duelo del trabajador, bajo la premisa de que el profesional está entrenado para mantener la objetividad y la distancia emocional ante la muerte. Este enfoque erróneo promueve una lógica de negación emocional, en la que los profesionales se ven obligados a continuar su labor asistencial como si nada hubiera ocurrido, ocultando su dolor y reprimiendo emociones legítimas que, de no ser gestionadas, pueden acumularse y derivar en consecuencias graves como la fatiga por compasión, el estrés crónico o el síndrome de burnout (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2024).

La ausencia de un entorno que reconozca el sufrimiento puede convertir el duelo del profesional en un duelo desautorizado o solitario, que se vive de forma interna, silenciosa y sin herramientas para su elaboración. Esta situación se vuelve especialmente crítica cuando las pérdidas son frecuentes o cuando la relación con el paciente y su familia ha sido intensa y emocionalmente significativa. En cambio, cuando el entorno; compañeros, supervisores, jefaturas, valida el dolor del trabajador, se habilita un proceso más saludable de afrontamiento, permitiendo canalizar las emociones, resignificar la pérdida y continuar con el ejercicio profesional sin que esta experiencia deje huellas traumáticas (Martínez & Sánchez, 2024).

Por ello, el reconocimiento del sufrimiento debe ser entendido como un acto de humanidad y cuidado dentro del equipo de salud. Aceptar que los profesionales también sienten, también se duelen, y también necesitan apoyo, es un paso indispensable para construir espacios laborales más humanos, éticos y emocionalmente sostenibles. Esta dimensión, por tanto, no solo mejora el bienestar del trabajador, sino que también tiene un impacto positivo en la calidad del cuidado que se brinda, ya que un profesional emocionalmente contenido está en mejores condiciones de brindar atención empática, segura y comprometida (Duque et al., 2021).

Inclusión en Ritual Funerario. La inclusión en rituales funerarios representa una dimensión esencial del apoyo en duelo para los profesionales de la salud que han estado involucrados en el cuidado de pacientes fallecidos, especialmente en entornos sensibles como las unidades de cuidados intensivos pediátricos. Estos rituales, que pueden manifestarse en formas diversas —como velorios, misas, actos simbólicos o despedidas institucionales—, brindan al personal una oportunidad de cierre emocional y simbólico, ayudándoles a transitar el proceso de pérdida de manera más saludable y significativa (Lledó & Bosch, 2021).

La participación en rituales como velorios, misas o despedidas institucionales brinda al personal una oportunidad simbólica de cierre. La posibilidad de asistir a un funeral o ser informado del fallecimiento de un paciente fortalece el proceso de duelo, permitiendo la elaboración emocional y la resignificación de la pérdida, esta dimensión es una de las más valoradas por los profesionales de salud en contextos de atención crítica (Amnistía Internacional, 2024).

La posibilidad de asistir a un funeral, ser informado formalmente del fallecimiento o participar en una ceremonia de despedida organizada por el equipo o la institución, permite al trabajador validar su dolor, reconocer el vínculo afectivo que estableció con el paciente y

encontrar un espacio legítimo para expresar su pesar. Esta dimensión es particularmente importante porque rompe con la lógica de inmediatez o indiferencia que muchas veces caracteriza al entorno clínico, donde la atención debe continuar pese a la pérdida, sin ofrecer tiempo ni lugar para la elaboración emocional del duelo (Morcillo, 2024).

Estos rituales funcionan como un puente entre la experiencia profesional y la vivencia humana del cuidado, permitiendo que el trabajador integre la muerte del paciente como parte de su historia emocional, y no como un evento aislado o reprimido. La participación activa en actos de despedida no solo honra la vida del paciente, sino que también dignifica la experiencia del profesional, reconociendo que su rol va más allá de las tareas técnicas y que su implicancia emocional merece ser contenida y acompañada (Díaz et al., 2022).

Asimismo, la inclusión en rituales funerarios fortalece el sentido de comunidad dentro del equipo de salud, al permitir espacios compartidos de reflexión, contención y reconocimiento mutuo. Estos momentos colectivos, aunque breves o sencillos, contribuyen a generar un clima emocional más humano y solidario, donde el duelo no se vive en soledad ni en silencio, sino como una experiencia compartida que se enfrenta con sensibilidad y respeto (Luque & Llave, 2024).

En suma, la posibilidad de participar en rituales de cierre tras la muerte de un paciente facilita la elaboración emocional del duelo, la resignificación de la pérdida y la continuidad saludable de la labor asistencial. Esta dimensión es valorada por muchos profesionales de salud como un recurso indispensable para mantener su equilibrio personal y profesional en contextos clínicos donde la muerte es una realidad constante, y el cuidado se extiende hasta el último momento de vida del paciente (Díaz et al., 2022).

Relación Entre las Variables

Numerosas investigaciones respaldan la existencia de una relación significativa entre los factores sociolaborales y el apoyo percibido en el proceso de duelo por parte del personal de salud. Se ha evidenciado que aspectos como el turno de trabajo, la experiencia previa en manejo del duelo, el tipo de unidad clínica y la formación específica en contextos de atención crítica influyen directamente en la manera en que los profesionales enfrentan la pérdida de un paciente, especialmente cuando se trata de niños. Estas condiciones no solo determinan la exposición a situaciones de alta carga emocional, sino también la disponibilidad de recursos internos y organizacionales para afrontarlas adecuadamente (García, 2022).

Del mismo modo, factores como la especialización profesional, la cantidad de pacientes asignados por turno, el tiempo de servicio en la institución y la estabilidad del vínculo contractual han demostrado estar asociados a la actitud del profesional frente a la muerte. Aquellos trabajadores que cuentan con mayor preparación técnica, una carga laboral equilibrada y un entorno institucional seguro tienden a desarrollar actitudes más adaptativas y resilientes ante el fallecimiento de un paciente (Bayona, 2024). En cambio, quienes enfrentan condiciones laborales precarias, sobrecarga asistencial o carencia de acompañamiento emocional suelen experimentar mayor vulnerabilidad, lo que afecta tanto su salud mental como la calidad del cuidado que pueden brindar (Lledó & Bosch, 2021).

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de analizar el duelo profesional desde una perspectiva integral, considerando tanto las características personales como el entorno laboral que enmarca la práctica clínica (García, 2022). La articulación entre factores sociolaborales y apoyo en duelo resulta clave para comprender los procesos de afrontamiento del personal de

salud y diseñar estrategias institucionales orientadas al fortalecimiento de su bienestar, resiliencia y sostenibilidad en el ejercicio del cuidado (Luque & Llave, 2024).

Por otro lado, investigaciones como la de Espinoza y Luengo (2022) en Chile resaltan cómo la falta de apoyo emocional, capacitación y condiciones laborales adecuadas incrementan la carga mental en el personal de salud, dificultando el proceso de duelo y aumentando el riesgo de desgaste profesional. De esta forma, comprender y fortalecer los factores sociolaborales en unidades como la UCIP se convierte en una necesidad estratégica para garantizar no solo el bienestar del personal, sino también la calidad del cuidado brindado.

El soporte sociolaboral dentro del equipo de salud constituye un mediador esencial en el proceso de apoyo en duelo, ya que influye directamente en la manera en que los profesionales enfrentan y procesan la pérdida de pacientes, especialmente en contextos clínicos de alta carga emocional como las unidades de cuidados intensivos pediátricos. Este tipo de soporte no solo implica la ayuda formal que puede ofrecer la institución a través de protocolos, capacitaciones o programas de acompañamiento psicológico, sino también el apoyo informal que se da entre colegas, supervisores, equipos multidisciplinarios y otros actores del entorno laboral (Ramos et al., 2025).

Desde esta perspectiva, el soporte sociolaboral opera como un factor protector frente al estrés y al agotamiento emocional, favoreciendo el afrontamiento saludable del duelo mediante la validación de las emociones, la expresión del dolor, el reconocimiento del vínculo afectivo con el paciente, y la contención grupal posterior a la pérdida. Diversos estudios han demostrado que el acompañamiento empático por parte del equipo de salud y la cultura organizacional que promueve el cuidado entre cuidadores pueden reducir significativamente el impacto psicológico

del duelo, prevenir la aparición de cuadros de estrés agudo o burnout, e incluso fortalecer el sentido de propósito y pertenencia del profesional (García, 2022).

En este sentido, el soporte sociolaboral también implica reconocer que el sufrimiento del personal de salud es legítimo, y que la experiencia de duelo no es exclusiva de los familiares del paciente. Las enfermeras, médicos y técnicos que trabajan en UCIP desarrollan frecuentemente vínculos afectivos con los niños y sus familias, y cuando ocurre una pérdida, esta puede ser vivida con intensidad y, en muchos casos, en silencio o sin acompañamiento. Contar con un entorno laboral que fomente el apoyo mutuo, facilite espacios de reflexión y promueva prácticas institucionales de cierre (como rituales, reuniones de equipo o pausas activas) contribuye a la salud mental del personal y a una mejor calidad del cuidado (Ramos et al., 2025).

El soporte sociolaboral dentro del equipo de salud no solo cumple una función operativa, sino que se convierte en un elemento crucial para el bienestar emocional del profesional, influyendo de manera positiva en su capacidad para elaborar el duelo, mantener la estabilidad psicoemocional y continuar brindando atención con empatía, humanidad y calidad.

Para los equipos de salud que brindan atención a niños con enfermedades crónicas o en estado crítico, enfrentar la muerte representa una experiencia profundamente difícil y emocionalmente compleja. La pérdida de un niño suele percibirse como un evento antinatural e injusto, lo que incrementa el nivel de impacto emocional en los profesionales que acompañan su proceso clínico. La muerte en la infancia no solo genera dolor en las familias, sino también en el personal de salud, quienes con frecuencia establecen vínculos afectivos significativos con los pacientes y sus cuidadores durante el proceso de atención prolongada. Esta cercanía, lejos de ser exclusivamente profesional, se transforma en una conexión humana que, al romperse por la pérdida, puede ser vivida como un duelo genuino.

Sin embargo, en muchos entornos hospitalarios, el duelo del profesional de salud ha sido históricamente minimizado o estigmatizado. Se tiende a asumir que el personal está emocionalmente preparado para enfrentar estas situaciones de manera distante, objetiva y sin impacto personal. Esta percepción errónea ha generado una cultura donde expresar el dolor, la tristeza o el sufrimiento por la muerte de un paciente puede ser visto como signo de debilidad o falta de profesionalismo. Como resultado, muchos trabajadores de salud procesan estas pérdidas en silencio, sin redes de apoyo efectivas, lo que incrementa el riesgo de desgaste emocional, estrés acumulativo y afectación de su bienestar psicológico.

La vivencia del duelo en el personal de salud, especialmente en unidades de cuidados intensivos pediátricos, no debe ser ignorada ni invalidada. Reconocer que los profesionales también sufren pérdidas significativas es un paso fundamental para construir entornos laborales más empáticos y resilientes. Aceptar el derecho del profesional a transitar su propio duelo no solo humaniza su rol dentro del sistema de salud, sino que también favorece procesos de autocuidado, contención emocional y sostenibilidad en su labor. En este contexto, es urgente promover una visión más integral del cuidado, donde también se contemple el cuidado de quien cuida.

Bases Teóricas

Teoría de “Privación al Derecho De Luto” de Doka

El Dr. Kenneth J. Doka es una figura ampliamente reconocida en el campo de la tanatología, cuya trayectoria profesional ha estado profundamente ligada al estudio del duelo, la pérdida y la resiliencia humana. A lo largo de su carrera, ha contribuido de manera significativa al desarrollo de una mirada más compasiva y comprensiva sobre el proceso de morir y el sufrimiento humano que lo acompaña; su trabajo ha trascendido las aulas universitarias, las

instituciones de cuidados paliativos y los foros académicos, convirtiéndose en una referencia obligada para profesionales de la salud, educadores y acompañantes espirituales en diversas partes del mundo. Más allá de los reconocimientos que ha recibido, lo que distingue a Doka es su capacidad de humanizar el duelo, despojándolo de estigmas y reconociéndolo como una experiencia profundamente personal, legítima y necesaria (Pallmeto, 2024).

Entre sus principales aportes se encuentra la formulación de la Teoría de la Privación del Derecho de Luto, que plantea con claridad y profundidad que no todas las personas que experimentan una pérdida son reconocidas socialmente como dolientes, esta falta de reconocimiento impide que expresen su dolor de manera abierta, que reciban apoyo o que participen en rituales de despedida, lo cual puede llevar a la represión emocional y al desarrollo de duelos complicados. Esta teoría desafía las normas culturales que, de forma implícita, establecen quién “tiene derecho a llorar” y quién no; por ello, pone en evidencia que muchos profesionales de la salud, especialmente aquellos que trabajan en contextos clínicos intensivos como las unidades pediátricas, viven duelos desautorizados, donde su dolor por la pérdida de un paciente no es reconocido ni acompañado por la institución ni por la sociedad (Raile & Marriner, 2022).

En el caso de quienes brindan cuidados a niños con enfermedades crónicas o en estado crítico, enfrentar la muerte se vuelve una experiencia especialmente compleja, ya que la infancia, en el imaginario social, representa la vida en plenitud, el futuro y la esperanza; por tanto, su pérdida resulta más difícil de procesar. Para muchos profesionales, acompañar a un niño hasta su fallecimiento no es solo parte de su función clínica, sino una vivencia profundamente emocional que los atraviesa en su dimensión más humana. En el transcurso del cuidado, se establecen

vínculos afectivos reales, silenciosos pero significativos, que transforman la muerte en una pérdida genuina. Sin embargo, el entorno profesional muchas veces impone un discurso de objetividad y distancia, negando o invalidando ese sufrimiento, como si no existiera, como si no debiera doler (Raile & Marriner, 2022).

En este marco, la teoría de Doka cobra especial relevancia, pues evidencia que cuando la relación del profesional con el paciente no es reconocida como legítima, se le priva del derecho a transitar un duelo saludable. Esta negación puede traducirse en una carga emocional sostenida, en silencios dolorosos, en una desconexión progresiva del cuidado o incluso en el desarrollo de un duelo complicado. Por el contrario, cuando el entorno reconoce la pérdida, valida el vínculo y habilita espacios para el cierre emocional como la participación en rituales funerarios, el acompañamiento psicológico o la contención grupal, el duelo puede ser elaborado con mayor libertad, sentido y dignidad (Raile & Marriner, 2022).

La Teoría de la Privación del Derecho de Luto nos invita a repensar el cuidado no solo desde la perspectiva del paciente, sino también desde la vivencia del cuidador; nos recuerda que los profesionales de la salud no son inmunes al dolor, que sienten, se afectan, se duelen y también necesitan ser acompañados. Validar su experiencia emocional no es un acto de indulgencia, sino de justicia y humanidad. En contextos como las UCIP, donde la muerte es un acontecimiento presente y muchas veces inevitable, reconocer y apoyar el duelo del profesional no solo protege su salud mental, sino que dignifica su rol, fortalece su vocación y le permite seguir cuidando con integridad, compasión y presencia.

Componentes de la Teoría de la Privación al Derecho al Luto. El reconocimiento de la relación constituye una de las dimensiones más humanas del apoyo en duelo. Se basa en la comprensión y validación que el entorno social compañeros de trabajo, supervisores, familia o

amistades otorgan al vínculo emocional que el profesional de salud establece con sus pacientes, especialmente en contextos donde la atención es prolongada, intensiva y cargada de implicancia afectiva, como sucede en las unidades de cuidados intensivos pediátricos. A través de esta validación, se reconoce que el profesional no solo cumple funciones técnicas, sino que también se conecta, acompaña, escucha, contiene y comparte experiencias con el paciente y su familia; reconocer esa cercanía no solo honra el rol del trabajador, sino que también legitima el dolor que surge tras la pérdida.

Muy ligado a ello se encuentra el reconocimiento de la pérdida, que implica la validación del sufrimiento del profesional ante la muerte del paciente. Esta dimensión se materializa cuando el entorno institucional o social no minimiza ni invalida su dolor, sino que lo acoge como una respuesta legítima ante una pérdida significativa. En muchas organizaciones, este sufrimiento suele ser invisibilizado bajo la creencia errónea de que el profesional debe mantenerse fuerte, neutral o emocionalmente distante, sin aceptar que detrás del uniforme hay una persona que siente, que se involucra y que también necesita espacio para elaborar lo vivido. Reconocer la pérdida, en este caso, es brindar permiso para sentir, expresar y compartir el dolor.

Finalmente, la inclusión en ritual funerario es quizás una de las formas más concretas de ese reconocimiento emocional y simbólico. Esta dimensión se refiere a la posibilidad real de que los profesionales sean integrados en los espacios de despedida del paciente: ya sea siendo informados formalmente del fallecimiento, invitados a participar en el funeral, incluidos en una misa o considerados en un acto de cierre institucional. Estas oportunidades permiten al trabajador poner palabras, gestos y sentido a la experiencia de pérdida; los rituales no solo permiten expresar el dolor, sino también reconstruir el vínculo con el paciente fallecido desde otro lugar,

uno que ya no es físico pero que permanece en la memoria, la ética y la espiritualidad del cuidado.

Desde su teoría sobre el duelo no autorizado, Kenneth Doka resalta con profundidad el poder terapéutico de los rituales como mecanismos de contención y resignificación. Para las personas cuyos duelos han sido negados o deslegitimados, el ritual se convierte en un recurso esencial para hacer visible lo invisible, para nombrar lo callado, para dar forma simbólica a una ausencia que, de otro modo, permanecería suspendida en el silencio. En contextos donde se niega el derecho al duelo, el ritual actúa como un puente entre el sufrimiento y la sanación, como un lenguaje que permite al doliente en este caso, al profesional dar un sentido a la pérdida, reconectar con el paciente desde lo espiritual y cerrar de manera respetuosa el proceso vivido.

Doka identifica que los rituales cumplen funciones clave como confirmar la realidad de la muerte, permitir la expresión del dolor, estimular el recuerdo, enfocar la energía emocional, brindar apoyo social, otorgar sentido a la pérdida, reafirmar el orden de la vida y dar un cierre necesario. Para el personal de salud que ha vivido la muerte de un paciente en silencio, participar en un acto de despedida no solo honra al fallecido, sino que también restaura su lugar como doliente legítimo, lo habilita emocionalmente a continuar, y le permite resignificar su experiencia de cuidado como un acto humano, íntegro y completo.

En efecto, todo este proceso no es abstracto ni exclusivamente simbólico: se concreta en gestos, palabras, silencios, abrazos o miradas; se concreta en eso que los dolientes hacen cuando alguien se acerca y les permite llorar, recordar o simplemente estar. Esas acciones sencillas son las que alivian el peso emocional, reconectan con el propósito y dan lugar al recuerdo sin culpa. Para los profesionales de la salud, que muchas veces transitan sus pérdidas en silencio, estas dimensiones de apoyo —la relación reconocida, el sufrimiento validado y la despedida

acompañada— se convierten en pilares esenciales para elaborar el duelo, sostener su vocación y continuar brindando cuidados con humanidad, sin fragmentarse por dentro.

Metaparadigmas de Enfermería Aplicados a la Teoría de la Privación del Derecho de Luto de Kenneth Doka.

Persona. Desde la perspectiva de Doka, la persona es concebida como un ser humano integral, sensible y vinculado emocionalmente a los demás, capaz de experimentar pérdidas significativas, incluso cuando estas no son reconocidas social o institucionalmente. En el caso del profesional de salud, la persona no se reduce a su rol clínico o técnico, sino que es vista en su dimensión humana, afectiva y vulnerable. La teoría de Doka reconoce que el trabajador de salud establece vínculos reales con los pacientes y que su dolor tras la pérdida es tan legítimo como el de cualquier otro doliente, aunque muchas veces sea invisibilizado.

Salud. Doka comprende la salud desde una visión amplia que incluye el bienestar emocional y espiritual, y no solo la ausencia de enfermedad. En su teoría, el duelo no reconocido o no autorizado representa una amenaza para la salud mental de la persona, ya que impide procesar la pérdida adecuadamente. El duelo no expresado puede derivar en dolor reprimido, ansiedad, estrés acumulado o duelo complicado, afectando directamente el equilibrio emocional del doliente, como ocurre frecuentemente en los profesionales de salud que no son acompañados tras una pérdida en el entorno hospitalario.

Entorno. El entorno, según Doka, está compuesto por las normas sociales, culturales e institucionales que definen quién tiene o no “derecho” a estar en duelo. Es decir, el entorno es el que autoriza o niega la expresión del dolor. En el caso de los profesionales de salud, el entorno laboral muchas veces desautoriza su experiencia de pérdida, al asumir que deben mantenerse fuertes, racionales y emocionalmente distantes. Este entorno genera silencios, juicios y barreras

emocionales, impidiendo que el profesional elabore su duelo de forma sana y visible. Por ello, la teoría de Doka nos llama a crear entornos que validen emocionalmente al cuidador y habiliten espacios de contención.

Cuidado. Desde esta teoría, el cuidado no solo implica acompañar al paciente, sino también acompañar al cuidador que sufre una pérdida. Cuidar, en este marco, también significa validar el dolor del profesional, incluirlo en rituales de despedida, escuchar sus emociones y sostenerlo en su proceso de duelo. El cuidado, entonces, se convierte en un acto bidireccional, ético y compasivo, que abarca tanto al paciente como a quien lo cuida. La enfermería, al integrar esta visión, puede desarrollar estrategias para evitar que el personal viva duelos desautorizados y fomentar así un cuidado más humano, completo y sostenido.

Teoría del Buen Morir de Shirley More

La Teoría del Buen Morir, propuesta por Shirley More, surge como respuesta a la necesidad de humanizar el proceso de morir en el ámbito clínico. Esta teoría no se enfoca exclusivamente en el paciente como receptor de cuidado, sino que contempla de manera integral todo el entorno involucrado en la experiencia del final de vida, incluyendo a la familia, los seres queridos y el equipo de salud que acompaña el proceso. En esencia, esta teoría plantea que morir bien es un derecho humano fundamental y que el sistema de salud tiene la responsabilidad ética y profesional de garantizar que el proceso de muerte sea digno, acompañado, sin sufrimiento innecesario y con sentido. Para ello, se deben atender no solo los síntomas físicos, sino también las necesidades emocionales, espirituales y sociales, tanto del paciente como de quienes lo rodean. Esta visión trasciende el modelo biomédico tradicional y coloca el cuidado y la compasión en el centro de la atención al final de la vida (Raile & Marriner, 2022).

Entre los elementos esenciales que definen un “buen morir” según esta teoría están: (a) El control del dolor y los síntomas. (b) La posibilidad de expresar emociones sin ser juzgado. (c) El acompañamiento afectivo hasta el final. (d) La presencia de seres significativos en el momento de la muerte. (e) La participación del paciente y la familia en las decisiones. (f) La preparación espiritual o trascendente, según las creencias de cada persona. (g) La posibilidad de despedirse. Y, de manera muy importante, el reconocimiento y cuidado del equipo de salud, como parte activa y doliente de ese proceso (Enfermería Buenos Aires, 2024).

La Teoría del Buen Morir cobra una especial relevancia. En las unidades pediátricas de cuidados intensivos, la muerte de un niño representa una experiencia profundamente dolorosa, cargada de emociones, tensiones éticas y sentimientos de impotencia. El profesional que acompaña este proceso no es un mero observador técnico: es testigo, sostén, cuidador y muchas veces confidente del paciente y su familia. En ese rol, también se ve emocionalmente impactado por la pérdida (Enfermería Buenos Aires, 2024).

Shirley More plantea que, para que un paciente pueda tener una muerte digna, también debe existir un entorno emocionalmente cuidadoso y compasivo para quien cuida. Aquí entra tu variable dependiente: el apoyo en duelo. Según esta teoría, el personal que ha acompañado hasta el último momento tiene derecho a: (a) Ser informado oficialmente de la muerte. (b) Ser incluido en rituales funerarios o espacios simbólicos de despedida. (c) Recibir apoyo emocional por parte del equipo o de la institución. (d) Ser reconocido como alguien que estableció un vínculo humano con el paciente. (e) Poder expresar su dolor sin que esto sea interpretado como una debilidad o una falta de profesionalismo (Enfermería Buenos Aires, 2024).

Además, esta teoría conecta directamente con los factores sociolaborales, ya que plantea que las condiciones institucionales influyen de manera directa en la posibilidad de brindar una

atención humanizada. Por ejemplo, un clima organizacional empático, el liderazgo respetuoso, la carga laboral equilibrada o la posibilidad de disponer de tiempo para despedirse del paciente fallecido son factores laborales que favorecen el buen morir, tanto para el paciente como para el profesional.

Cuando las instituciones niegan al trabajador su espacio de duelo, no solo interrumpen su proceso emocional, sino que fragmentan el sentido profundo del cuidado, transformando una experiencia humana en un procedimiento mecánico. En cambio, cuando se habilitan espacios de cierre, contención y acompañamiento, se permite que el profesional elabore su pérdida, se fortalezca emocionalmente y siga cuidando con compasión, sin quebrarse por dentro.

La Teoría del Buen Morir de Shirley More aporta a tu investigación un marco teórico profundamente humano y ético, que permite sustentar la necesidad de reconocer, validar y acompañar el duelo del personal de salud. Esta teoría refuerza la idea de que el cuidado no termina con la muerte del paciente, sino que continúa en el cuidado del cuidador, y que para que exista una muerte digna, también debe haber un entorno laboral digno, donde el profesional pueda sentirse acompañado, comprendido y emocionalmente seguro.

Metaparadigmas de Enfermería aplicados a la Teoría del Buen Morir de Shirley More.

Persona. En la Teoría del Buen Morir, la persona es entendida como un ser integral con necesidades físicas, emocionales, espirituales, sociales y existenciales, tanto en el proceso de vida como en el tránsito hacia la muerte. Esta teoría reconoce no solo al paciente como sujeto de cuidado, sino también a su familia y al equipo de salud, especialmente en contextos donde la muerte es inevitable o próxima. La persona tiene derecho a una muerte digna, consciente y

acompañada, y los profesionales de salud deben ser vistos también como seres humanos que viven, sienten, acompañan y también sufren en ese proceso.

Salud. La salud en esta teoría no se restringe a la curación ni a la prolongación de la vida, sino que incluye el bienestar emocional y espiritual al final de la existencia. Morir bien es una forma de salud: significa poder hacerlo en paz, sin dolor innecesario, rodeado de afecto y con sentido. Para Shirley More, una buena muerte implica que tanto el paciente como quienes lo rodean incluido el personal de salud puedan transitar el proceso con comprensión, contención y aceptación, lo cual es esencial para evitar duelos complicados y favorecer la elaboración emocional sana, también en los cuidadores.

Entorno. El entorno, según esta teoría, abarca todos los factores que favorecen o dificultan una muerte digna: desde el ambiente físico (privacidad, confort, silencio) hasta el entorno emocional, familiar, social y organizacional. Un entorno adecuado debe garantizar no solo el control del dolor físico, sino también la expresión emocional, la despedida y el cierre de los vínculos. Esto incluye reconocer y cuidar también al equipo de salud, promoviendo una cultura institucional donde se respete el duelo del profesional, se lo incluya en los rituales, y se le brinde un espacio para su propio proceso emocional tras la pérdida de un paciente.

Cuidado. El cuidado, en la Teoría del Buen Morir, es un acto ético, compasivo y profundamente humano que debe acompañar tanto la vida como el morir. Cuidar en el proceso de muerte significa respetar los valores del paciente, aliviar su sufrimiento, facilitar la comunicación con su familia y asegurar que no muera solo ni desatendido. Pero también implica acompañar a los cuidadores, en este caso al personal de salud, que ha sostenido ese proceso con entrega y empatía. El buen morir incluye reconocer y cuidar también a quienes cuidan, validando

sus emociones, sus vínculos, su dolor y su necesidad de cerrar el ciclo con dignidad. Así, cuidar se convierte en un acto mutuo de humanidad.

La Teoría del Buen Morir enriquece el abordaje del duelo profesional, porque sostiene que el proceso de morir afecta también a quienes cuidan, y que una muerte digna se alcanza no solo con medidas clínicas, sino también con un entorno emocionalmente seguro, donde el personal de salud sea reconocido, contenido y respetado en su humanidad. Esta teoría justifica éticamente que los profesionales sean incluidos en los rituales, reconocidos en su vínculo con el paciente y acompañados en su duelo, especialmente en contextos como las UCIP, donde el sufrimiento y la muerte forman parte cotidiana de la práctica.

Definición de Términos

Factores Sociolaborales

Son características del entorno personal y laboral que influyen directa o indirectamente en el apoyo en duelo al personal de salud (Rimachi & Rojas, 2024).

Apoyo en Duelo

Es el reconocimiento de otros de la relación que se tiene con los pacientes, del reconocimiento del sufrimiento que se atraviesa en el momento de su muerte y lo importante que es la inclusión en su ritual funerario (Pallmeto, 2024).

Personal de Salud

Son todas las personas involucradas en actividades para mejorar la salud y comprende a quienes proporcionan los servicios como médicos, enfermeras, técnicos en enfermería, trabajadores sociales, personal de laboratorio, farmacéuticos, personal auxiliar (Tueros, 2021).

Cuidados Intensivos Pediátricos

La unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) es una unidad física asistencial hospitalaria independiente especialmente diseñada para el tratamiento de pacientes pediátricos quienes debido su gravedad o condiciones potencialmente letales requieren observación y asistencia médica intensiva integral y continua por un equipo de salud que haya obtenido competencia especial en cuidados intensivos pediátricos (Álvarez et al., 2022).

Metodología

Descripción del Lugar de Ejecución

El presente estudio se desarrollará en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) de un instituto especializado ubicado en la ciudad de Lima, específicamente en el tercer piso del establecimiento hospitalario. Esta unidad cuenta con un total de doce camas habilitadas para la atención de pacientes pediátricos en estado crítico, siendo un espacio clínico destinado al monitoreo intensivo, la intervención especializada y el cuidado continuo de niñas, niños y adolescentes con patologías complejas y de alta gravedad.

El hospital donde se llevará a cabo la investigación se encuentra en el distrito de San Borja y está clasificado como un centro de atención de nivel III-2, según la tipificación del Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Se trata de un centro hospitalario especializado, quirúrgico y pediátrico, de referencia nacional, que recibe pacientes derivados de otros establecimientos de salud del país, brindando atención altamente especializada en diversas disciplinas médicas, con un enfoque centrado en el paciente pediátrico y su familia.

La investigación está programada para realizarse durante el mes de septiembre del año 2025, considerando ese periodo como el marco temporal para la recolección de datos y el trabajo de campo. Esta delimitación temporal responde a la planificación del estudio, así como a la coordinación logística con el equipo profesional de la unidad, con el fin de garantizar el desarrollo ético, organizado y riguroso del proceso investigativo.

Población y Muestra

Población

La presente investigación se llevará a cabo con una población conformada por 70 profesionales de la salud que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) de

un hospital especializado ubicado en la ciudad de Lima. Esta población incluye a médicos, enfermeras, personal técnico en enfermería, terapeutas respiratorios y otros profesionales asistenciales, quienes desarrollan sus funciones de manera directa en la atención de pacientes pediátricos críticos. Todos ellos comparten un entorno clínico de alta exigencia emocional y técnica, lo que los convierte en actores clave para el estudio del fenómeno del duelo profesional y el impacto de los factores sociolaborales.

La totalidad de esta población será considerada en el estudio, siendo el número total de participantes igual a 70 ($N = 70$) durante el periodo establecido para la investigación, correspondiente al año 2025.

Muestra

La muestra del presente estudio será de tipo censal, dado que se incluirá a la totalidad de los profesionales de salud que conforman la población objetivo. Este tipo de muestreo se aplica cuando la población es finita, accesible y manejable en su totalidad, lo cual permite trabajar directamente con el conjunto completo del marco muestral, sin necesidad de seleccionar una muestra representativa.

En este caso, la muestra estará conformada por los setenta (70) trabajadores de salud que laboran activamente en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del hospital seleccionado. Al tratarse de un grupo delimitado y disponible durante el periodo de recolección de datos, se opta por incluir a todos los elementos, con el propósito de garantizar mayor validez interna y recoger la experiencia integral del equipo clínico frente al fenómeno del duelo y los factores sociolaborales asociados.

Muestreo

El tipo de muestreo utilizado en esta investigación será censal, ya que se incluirá a la totalidad de la población objetivo, conformada por 70 profesionales de salud que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de un hospital especializado de Lima durante el año 2024. Esta elección se justifica por el carácter finito, accesible y delimitado de la población, lo que permite trabajar directamente con todos sus integrantes sin recurrir a una selección probabilística. El muestreo censal garantiza una mayor cobertura de la información y una representación completa de las experiencias vividas por el equipo de salud frente al duelo y los factores sociolaborales asociados.

Criterios de Inclusión y Exclusión.

Criterios de Inclusión.

- ✓ Profesionales de la salud que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del hospital durante el año 2025.
- ✓ Personal con contrato activo al momento de la recolección de datos (nombrado, contratado o por terceros).
- ✓ Que tengan una antigüedad mínima de 6 meses en la unidad, a fin de garantizar experiencia significativa en el entorno.
- ✓ Que acepten participar voluntariamente en el estudio, firmando el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión.

- ✓ Profesionales que se encuentren en licencia médica, vacaciones, permiso sin goce de haber u otra condición que impida su participación durante el periodo de aplicación de los instrumentos.

- ✓ Personal que, pese a pertenecer a la unidad, no brinde atención directa a pacientes (como personal administrativo o logístico ocasional).
- ✓ Participantes que no completen el cuestionario en su totalidad o que decidan retirarse del estudio tras haber iniciado su participación.

Tipo y Diseño de Investigación

La presente investigación tendrá un enfoque cuantitativo, ya que se fundamenta en la medición objetiva de las variables para probar hipótesis previamente planteadas. Será de tipo básico, pues busca generar nuevo conocimiento teórico sin intervenir ni modificar la realidad observada. El diseño será no experimental, dado que las variables no serán manipuladas intencionalmente, sino que se observarán tal como ocurren en su contexto natural. Además, se tratará de un estudio de corte transversal, ya que la recolección de datos se realizará en un solo momento del tiempo, permitiendo describir las características de los participantes y analizar cómo interactúan las variables en ese punto específico. En cuanto al nivel, será correlacional, porque se orienta a identificar la relación existente entre los factores sociolaborales y el apoyo en duelo percibido por los trabajadores de salud que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, con el propósito de establecer asociaciones significativas que contribuyan a la comprensión del fenómeno estudiado (Hernández Sampieri et al., 2022).

Formulación de Hipótesis

Hipótesis General

H_{G1}: Existen asociación entre los factores sociolaborales y el apoyo en duelo en trabajadores de salud de la unidad de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025.

H_{G0}: No existen asociación entre los factores sociolaborales y el apoyo en duelo en trabajadores de salud de la unidad de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025.

Hipótesis Específicas

H_{E11}: Existen factores sociolaborales en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025.

H_{E10}: No existen factores sociolaborales en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025.

H_{E21}: Existe apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025.

H_{E20}: No existe apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025.

H_{E31}: Existe asociación entre los factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025.

H_{E30}: No existe asociación entre los factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025.

H_{E41}: Existe asociación entre los factores laborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025.

H_{E40}: No existe asociación entre los factores laborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025.

Identificación de Variables

Variable 1 = Factores sociolaborales.

Variable 2 = Apoyo en duelo.

Cohesión del equipo de trabajo

Cada dimensión se medirá mediante ítems específicos que recogen la percepción del profesional sobre los recursos de apoyo disponibles, su validez emocional y su impacto en el afrontamiento del duelo.

Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos

Técnica

Para la recolección de datos se utilizará la técnica de la encuesta.

Instrumento

Para la medición de la variable factores sociolaborales se elaboró un cuestionario estructurado compuesto por 7 preguntas cerradas, con opciones de respuesta de tipo categórico. Este instrumento recoge información sociodemográfica y laboral del personal de salud que labora en la UCIP, considerando las siguientes dimensiones e indicadores: sexo (femenino, masculino), estado civil (soltero, casado, viudo, divorciado), nivel de estudios (educación básica, educación media, técnico, profesional), título profesional (auxiliar, técnico, profesional), tiempo de ejercicio profesional (menos de 1 año, 1 a 5 años, 6 a 10 años, 11 a 15 años, más de 15 años), unidad de desempeño (UCI pediátrica, UCI neurocrítica, UCI cardiológica) y participación en cursos de duelo (sí, no). El instrumento permitirá caracterizar de manera precisa la situación sociolaboral de los participantes y analizar su relación con el apoyo en duelo.

La variable apoyo en duelo se midió mediante la Escala de Apoyo en Duelo en Atención de Salud, adaptada y validada en español por Vega et al. (2015), a partir de la Grief Support Health Care Scale (GSHCS) desarrollada por Anderson, Ewen y Miles. El instrumento está conformado por 15 ítems con formato de respuesta tipo Likert de cinco categorías: totalmente en desacuerdo (1), en desacuerdo (2), ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), de acuerdo (4) y totalmente de acuerdo (5).

Los ítems evalúan la percepción de apoyo social, institucional y familiar que reciben los profesionales de salud frente al duelo ocasionado por la pérdida de pacientes, considerando tanto la comprensión de allegados y colegas respecto al sufrimiento del profesional, como la existencia

de rituales, información y acompañamiento brindados por la institución. La puntuación total se obtiene mediante la suma de los ítems, donde valores más altos reflejan mayores niveles de apoyo en duelo.

Este instrumento permite identificar el grado de apoyo percibido por el personal sanitario en distintos ámbitos de interacción (familiar, social, laboral e institucional), aportando evidencia útil para comprender el impacto del entorno en la vivencia del duelo.

Validez.

Para el Instrumento Factores Sociolaborales. No es estrictamente necesario realizar pruebas de validez y confiabilidad, porque no se trata de una escala psicométrica que mida un constructo abstracto (como el duelo o el apoyo social), sino de un cuestionario de variables sociodemográficas y laborales. Estos ítems son descriptivos y categóricos, es decir, recogen datos objetivos (sexo, estado civil, nivel de estudios, años de servicio, etc.), que no dependen de la percepción subjetiva del participante.

Basta con justificar la validez de contenido a través de la revisión teórica y la pertinencia de los indicadores seleccionados (puedes mencionar que se elaboró con base en antecedentes empíricos y literatura especializada).

Apoyo en Duelo. La validez de contenido de la Escala de Apoyo en Duelo en Atención de Salud se evaluó mediante el coeficiente V de Aiken, con la participación de nueve jueces expertos que valoraron la pertinencia, claridad y relevancia de cada ítem. Los resultados mostraron valores de $V = 1.00$ en los 15 ítems, lo que indica un grado de concordancia perfecto entre los evaluadores. El promedio general también alcanzó un valor de 1.00, evidenciando que todos los ítems fueron considerados totalmente adecuados para medir la variable. Este resultado demuestra que el instrumento posee una validez de contenido excelente, sustentada en un

consenso unánime sobre la calidad de sus componentes y su pertinencia para el contexto investigativo.

confiabilidad.

Factores Sociolaborales.

Análisis de Confiabilidad: no aplica, porque no se trata de una escala que requiera medir consistencia interna entre ítems, sino de preguntas independientes de tipo factual.

Apoyo en Duelo. La confiabilidad del instrumento se estimó mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniéndose un valor global de $\alpha=0.898$ para los 15 ítems, lo que refleja un alto nivel de consistencia interna. Asimismo, el análisis por dimensiones arrojó valores adecuados: Reconocimiento de la Relación ($\alpha=0.891$), Reconocimiento de la Pérdida ($\alpha=0.884$) e Inclusión en ritual funerario ($\alpha=0.831$). Estos coeficientes superan el punto de referencia mínimo aceptado de 0.70, lo cual respalda la estabilidad y precisión de las mediciones.

En conjunto, los resultados permiten concluir que la escala es válida y confiable para evaluar el apoyo en duelo percibido por los profesionales de la salud. La validez de contenido perfecta garantiza que los ítems son pertinentes y representativos del constructo, mientras que la alta confiabilidad confirma que las respuestas son consistentes y estables. Por lo tanto, el instrumento es adecuado para su aplicación en investigaciones orientadas a explorar y analizar el apoyo en duelo en contextos hospitalarios.

Proceso de Recolección de Datos

Los datos recopilados serán exportados a una hoja de cálculo en Microsoft Excel, donde se realizará un proceso de depuración y limpieza, eliminando aquellas encuestas que presenten respuestas incompletas o inconsistentes. Una vez validada la base de datos, esta será importada al programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 27, donde se procederá a la codificación de las

variables de acuerdo con el libro de códigos establecido (ver Apéndice D). A partir de ello, se realizarán los análisis estadísticos correspondientes para dar respuesta a los objetivos e hipótesis planteados en el estudio.

Procesamiento y Análisis de Datos

Los datos recolectados a través de los instrumentos aplicados serán primero organizados y depurados utilizando una hoja de cálculo en Microsoft Excel, donde se realizará la limpieza de la base de datos, eliminando los registros incompletos, inconsistentes o duplicados, a fin de asegurar la calidad de la información. Una vez verificada la integridad de los datos, se procederá a su codificación siguiendo el libro de códigos establecido para las variables y dimensiones del estudio (ver Apéndice D).

Posteriormente, la base de datos será importada al software estadístico IBM SPSS Statistics versión 27, donde se llevará a cabo el análisis cuantitativo. En una primera etapa, se aplicará estadística descriptiva para caracterizar la población en estudio y describir el comportamiento de las variables, utilizando medidas de tendencia central (media, mediana), dispersión (desviación estándar) y distribución de frecuencias, según corresponda.

Para las variables cualitativas, como las características sociolaborales, se utilizarán tablas de frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). En el caso de la variable “apoyo en duelo”, se aplicarán baremos interpretativos para clasificar los resultados en niveles de apoyo “bajo” o “alto” dentro de cada dimensión evaluada.

En una segunda etapa, se procederá a realizar el análisis inferencial, para determinar la existencia de asociación o correlación entre las variables del estudio. Previamente, se evaluará la normalidad de los datos a través de la prueba de Kolmogórov-Smirnov o Shapiro-Wilk, según corresponda. Con base en los resultados, se seleccionará la prueba estadística adecuada: si los

datos siguen una distribución normal, se emplearán pruebas paramétricas (como Pearson); en caso contrario, se utilizarán pruebas no paramétricas (como Spearman o Chi-cuadrado), en función del nivel de medición de las variables. Todo el procesamiento de datos se realizará respetando los principios de objetividad, rigurosidad y transparencia, garantizando así que los resultados obtenidos respondan de forma válida y confiable a los objetivos e hipótesis planteadas en la investigación.

Para el análisis de los resultados descriptivos, se aplicarán baremos de interpretación establecidos previamente para cada una de las dimensiones de la variable apoyo en duelo, considerando rangos que permitirán clasificar las respuestas como de nivel bajo o alto. En este sentido, los valores entre 5 y 15 puntos indicarán un nivel bajo, mientras que los valores entre 16 y 25 reflejarán un nivel alto, tanto para las dimensiones reconocimiento de la relación, reconocimiento de la pérdida e inclusión en ritual funerario, según lo propuesto por Vega et al. (2018). Los resultados obtenidos se presentarán en tablas de frecuencias y porcentajes, facilitando así una lectura clara y ordenada de los hallazgos. Posteriormente, para la prueba de hipótesis, se determinará el tipo de estadística a utilizar paramétrica o no paramétrica, en función de los resultados del test de normalidad aplicado a las variables numéricas del estudio, garantizando el uso adecuado de las herramientas estadísticas según las características de los datos.

Consideraciones Éticas

En este estudio se respetarán estrictamente los principios éticos fundamentales, velando por la integridad, la dignidad y el bienestar de los participantes en todas las etapas del proceso investigativo. En primer lugar, guiados por el principio de honestidad, se prestará especial atención a la correcta citación de las fuentes bibliográficas utilizadas, reconociendo con

transparencia la autoría de cada aporte teórico y metodológico. Asimismo, se garantizará una presentación veraz y objetiva de los resultados, evitando cualquier tipo de manipulación o distorsión de los datos recolectados (Rivero Fernández et al., 2025).

En cuanto al principio de autonomía, se asegurará que la participación de los profesionales de salud sea totalmente voluntaria, previa firma del consentimiento informado (ver Apéndice F), el cual explicará con claridad los objetivos del estudio, la confidencialidad de la información y el derecho de los participantes a retirarse en cualquier momento sin que esto afecte su situación laboral o profesional. La información proporcionada será tratada de forma confidencial y anonimizada, protegiendo la identidad de cada participante en todo momento (Suárez-Saavedra et al., 2025).

Bajo el principio de no maleficencia, se garantiza que el estudio no generará ningún daño físico, psicológico ni emocional a los participantes, ya que se trata de una investigación observacional que no implica intervención directa sobre su salud ni su entorno clínico. Se buscará siempre preservar su bienestar, evitando cualquier tipo de presión o incomodidad (Cruz Ramírez, 2025).

Desde la beneficencia, se espera que los hallazgos de esta investigación contribuyan de manera positiva al fortalecimiento del cuidado en salud, proponiendo alternativas para mejorar la calidad de atención, promover un entorno laboral más humano y sensibilizar sobre la importancia del acompañamiento emocional y el apoyo en duelo dentro del equipo de salud, especialmente en contextos como las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos, donde la carga emocional es constante y profunda (Roca Edelman et al., 2024).

El principio de justicia será aplicado asegurando que todos los participantes sean tratados con equidad, sin ningún tipo de discriminación, y que los datos recolectados sean utilizados

únicamente con fines académicos y científicos. La identidad y los datos personales de la población de estudio no serán revelados bajo ninguna circunstancia, respetando así el derecho fundamental a la privacidad y a la confidencialidad, lo cual será garantizado con responsabilidad y profesionalismo a lo largo de toda la investigación (Rojas Guillen, 2024).

Limitaciones del Proyecto

Entre las principales limitaciones de este estudio se considera, en primer lugar, que, al tratarse de una investigación de diseño transversal, los datos serán recolectados en un solo momento del tiempo, lo que impide establecer relaciones causales entre las variables, limitando el análisis a asociaciones correlacionales. Asimismo, el uso de la técnica de encuesta autoadministrada puede generar respuestas influenciadas por la percepción subjetiva del participante, lo cual implica un riesgo de sesgo de deseabilidad social o incompletitud de datos, especialmente considerando que el tema del duelo profesional aún puede ser percibido como sensible o poco discutido en contextos institucionales.

Otra limitación está relacionada con el tamaño y la naturaleza censal de la muestra, circunscrita exclusivamente al personal de salud de una sola Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos en Lima, lo que, si bien permite una exploración profunda del fenómeno en ese contexto específico, limita la generalización de los resultados a otras instituciones, regiones o servicios clínicos con características distintas. También se reconoce que, debido a la dinámica laboral del servicio, existe la posibilidad de que algunos profesionales no puedan participar o completen parcialmente el cuestionario, lo que podría afectar el nivel de respuesta esperado.

Al tratarse de una investigación basada en autoinforme, no es posible controlar del todo el grado de sinceridad de las respuestas ni el estado emocional del encuestado en el momento de responder, factores que pueden influir en la calidad y consistencia de los datos recolectados.

Administración del Proyecto de Investigación

Cronograma de Ejecución

N°	Actividades	Año 2025				
		Abril	Mayo	Junio	Setiembre	Octubre
1	Elaboración del tema de investigación	x				
2	Desarrollo del planteamiento del problema.		x			
3	Elaboración de los antecedentes de investigación		x	x		
4	Cotización de los materiales del proyecto			x		
5	Desarrollo de la validación del contenido				x	
6	Avance de la validación del instrumento					x
7	De la recolección de datos					x
8	Avance de la confiabilidad de datos recopilados					x
9	Estructuración del proyecto final					x
10	Dictaminación del proyecto					x

Presupuesto

Presupuesto detalle	Unidad de medida	Costo unitario	Cantidad	Costo (S/.)
<i>Recursos humanos</i>				
Asesor lingüístico	Asesor	350.00	1	300.00
Asesor estadístico	Asesor	350.00	1	300.00
<i>Materiales</i>				
Formato de solicitud	Copia	12.00	2	24.00
Lapiceros	Unidad	1.00	50	50.00
Papel	Millar	35.00	1	35.00
USB	Unidad	29.00	2	58.00
Folder manilo con fásster	Unidad	1.00	20	20.00
Impresión y anillado de ejemplares	Unidad	1.00	2	100.00
Fotocopias	Unidad	0.30	60	18.00
Libretas de notas	Unidad	10.00	4	40.00
<i>Viáticos y movilidad local</i>				
Movilidad, pasajes	Unidad	5.00	60.00	350.00
Inscripción del Proyecto	Unidad	300.00	1	300.00
Derecho de sustentación	Unidad	3,200.00	1	3,200.00
Total	S/.			4,795.00

Referencias Bibliográficas

- Adama Anahua, P. C. (2022). Factores sociolaborales y su relación con el síndrome de burnout en el personal de salud en el contexto de COVID-19. *Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería*, 2(3). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9133784>
- Adanaqué Castillo, J., Reynoso Valdez, A., & Contreras Castro, F. L. (2022). Factores sociolaborales asociados a la calidad de vida en el trabajo del profesional de enfermería que labora en una clínica privada, Lima, 2022. *Revista Científica de Ciencias de La Salud*, 15(3).
https://doi.org/https://www.researchgate.net/publication/3460018850_Factores_sociolaborales_asociados_a_la_calidad_de_vida_en_el_trabajo_del_profesional_de_enfermeria_que_labora_en_una_clinica_privada_Lima_2022
- Aliaga Condezo, J. A., & Priale Villafuerte, N. (2024). *Estrés laboral y clima organizacional en los colaboradores de una empresa concesionaria de alimentos, Huancayo, 2023* [(Tesis de Titulación) Universidad Continental].
https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/15107/11/IV_FHU_501_TE_Aliaga_Priale_2024.pdf
- Alvarez-Cabrera, P. L., Lagos-Lazcano, J. P., & Urtubina Medina, A. (2021). Percepción de Bienestar Psicológico y Apoyo Social Percibido en adultos mayores. *Fides et Ratio - Revista de Difusión Cultural y Científica de La Universidad La Salle En Bolivia*, 20(20).
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2071-081X2020000200004
- Álvarez Guerrero, M., Alexandra Guamán Méndez, S., & Viviana Quiñonez Cuero, J. (2022). Nursing Care in patients with invasive mechanical ventilation in the Pediatric Intensive Care Unit
- AUTORIDADES EQUIPO DE REDACCIÓN Y AUTORES EQUIPO DE

REVISIÓN Y VALIDACIÓN EDICIÓN GENERAL. *CAMBIOS*, 18(1), 96–110.

<https://doi.org/10.36015/cambios.v18.n1.2019.392>

Amnistía Internacional. (2024). *Sabemos que, juntos, podemos acabar con la pena de muerte en cualquier parte*. Amnistía Internacional. <https://www.amnesty.org/es/what-we-do/death-penalty/>

Andrade-Delgado, D. C., & Garate-Aguirre, J. C. (2025). Factores psicosociales correlacionados con la productividad laboral de trabajadores públicos y privados de Latinoamérica.

MQRInvestigar, 9(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.56048/MQR20225.9.1.2025.e303>

Aponte-Franco, S. M., & Guerrero-Castañeda, R. F. (2022). Espiritualidad en adultos mayores y sus beneficios en salud: una revisión narrativa. *Acc Cietna Para El Cuidado de La Salud*, 911(755). <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/755/1347#:~:text=La espiritualidad permite a los,inducirlos a tener emociones positivas.>

Argume Huaylinos, A. D. (2024). Conocimiento e identificación de necesidades en cuidados paliativos pediátricos en un instituto especializado de Perú. *Horizonte Médico (Lima)*, 24(3). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2024.v24n3.05>

Atiencia Heredia, J. P. (2024). *Duelo no elaborado y su incidencia en el rendimiento laboral del personal administrativo* [(Tesis de Maestría) Universidad Tecnica del Norte].

[https://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/16136/2/PG 1864 TRABAJO DE GRADO.pdf](https://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/16136/2/PG%201864%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf)

Azpiazu, L., De La Fuente, I., Ugarte, E., Sánchez, M., & Rodríguez, A. (2024). Apoyo Social Percibido, Inteligencia Emocional y Autoconcepto Como Variables Predictoras de la Satisfacción con la Vida en Adolescentes. *Revista Psicología y Educación*, 20(1), 25–34. [https://doi.org/ocial percibido, inteligencia emocional y autoconcepto como variables](https://doi.org/ocial%20percibido,%20inteligencia%20emocional%20y%20autoconcepto%20como%20variables)

- predictoras de la satisfacción con la vida en adolescentes. *Revista de Psicología y Educación*, 20(1), 25-34. <https://doi.org/10.70478/rpye.2025.20.03>
- Bayona Ospina, M. A. (2024). Trabajo en Equipo en Cuidado Paliativo Pediátrico: Entre lo Ideal y la Realidad. *Cuidados Del Adulto Mayor*, 12. <https://asocupac.org/wp-content/uploads/2024/12/Cuidado-Paliativo-Pediatrico-ASOCUPAC.pdf>
- Beltrán Zerda, M. X. (2025). Boética en la Atención Paliativa Pediátrica. *Cuidados Paliativos Pediátricos*, X(3). <https://asocupac.org/wp-content/uploads/2025/12/Cuidado-Paliativo-Pediatrico-ASOCUPAC.pdf>
- Bravo Casas, S. R. (2022). *Relación Interpersonal Enfermera - Paciente según la Teoría Hildegarde Peplau en el Servicio Observación de Emergencia Hospital Emergencia Grau Marzo - Abril 2021*. [[Tesis de Segunda Especialidad] Universidad San Martín de Porres]. https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/10676/Bravo_CSR.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Cabezas-Heredia, E., Herrera-Chávez, R., Ricaurte-Ortiz, P., & Enrique-Novillo, C. (2021). Depresión, Ansiedad, estrés en estudiantes y docentes: Análisis a partir del Covid 19. *Revista Venezolana de Gerencia*, 26(94), 603–622. <https://doi.org/10.52080/RVGLUZV26N94.9>
- Canal Carrillo, A. I., Ovalles-Toledo, L. V., Sandoval Barraza, L. A., & Valdez Palazuelos, O. (2023). Liderazgo transformacional y su relación con la felicidad en el trabajo: Empresas sinaloenses del sector agroindustrial. *Revistas Científicas y Humanísticas de La Universidad de Zulia*, 29(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.31876/rcs.v29i1.39736>
- Chumbislla Sullca, R., & Huamaní mamani, S. Y. (2021). *Calidad de vida profesional y riesgo laboral de enfermeras de áreas críticas, Hospital III Goyeneche - Arequipa 2020*. [[Tesis de

Titulación] Universidad Nacional de San Agustín].

http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12773/12790/ENchsur_humas.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Churano-Montoro, A. M., Castillo-Electo, E. M., & Peralta-Eugenio, G. V. (2023). Factores sociolaborales predictores del compromiso organizacional en docentes de instituciones educativas de Chimbote, Perú. *Kénosis*, *11*(21).

<https://doi.org/https://doi.org/10.47286/23461209.599>

Consolini, D. (2024). Niños con enfermedades crónicas. *Thomas Jefferson University Hospital*, *07*. <https://www.msmanuals.com/es/professional/pediatría/atención-de-niños-enfermos-y-sus-familias/niños-con-enfermedades-crónicas?ruleredirectid=758>

Córdoba Núñez, M. A. (2024). Cuidado Paliativo Perinatal y Neonatal. *Cuidados Paliativos Pediátricos*, *1*(2). <https://asocupac.org/wp-content/uploads/2024/12/Cuidado-Paliativo-Pediatrico-ASOCUPAC.pdf>

Cortés, S. M. (2024). Espiritualidad y Cuidados Paliativos Pediátricos. *Cuidados Paliativos Pediátricos*, *12*. <https://asocupac.org/wp-content/uploads/2024/12/Cuidado-Paliativo-Pediatrico-ASOCUPAC.pdf>

Cruz Ramírez, S. A. (2025). *Factores asociados al síndrome de burnout en estudiantes de Medicina Humana de una universidad privada-Huancayo, 2024* [(Tesis de Titulación) Universidad Continental].

https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/16836/4/IV_FCS_502_Cruz_Ramirez_2025.pdf

Cuenca Torres, B. M., Medina Quevedo, P., & Elizalde Ordóñez, H. (2021). Relaciones interpersonales entre el personal de enfermería y familiares de pacientes hospitalizados:

Una revisión de la literatura. *Revista Electrónica de Portales Medicos*, XV(17).

https://www.researchgate.net/publication/351847172_Relaciones_interpersonales_entre_el_personal_de_enfermeria_y_familiares_de_pacientes_hospitalizados_Una_revision_de_la_literatura

De La Pava Muñoz, K. (2024). Aspectos Cruciales de la Atención Psicológica y Psiquiátrica con Niños y Adolescentes en Cuidado Paliativo. *Cuidados Paliativos Pediátricos*, 12.

<https://asocupac.org/wp-content/uploads/2024/12/Cuidado-Paliativo-Pediatrico-ASOCUPAC.pdf>

Díaz Del Castillo, R. M., Illacutipa, M. M., & Choque-Gallegos, K. K. (2022). Actitud del Enfermero(a) ante la muerte del paciente en Servicios de Cuidados Críticos. *Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería*, 2(1), 72–82.

<https://doi.org/https://doi.org/10.33326/27905543.2022.1.1372>

Duque Delgado, L., Rincón Elvira, E. E., & León Gómez, V. E. (2021). Apoyo emocional de las familias a los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos: revisión bibliográfica. *Ene*,

14(3). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000300008

Enfermería Buenos Aires. (2024). Teoría del final tranquilo de la vida: Cornelia M. Ruland y Shirley M. Moore. *Enfermería Buenos Aires*. <https://enfermeriabuenosaires.com/teoria-del-final-tranquilo-de-la-vida-cornelia-m-ruland-y-shirley-m-moore/>

Espinel, J. (2024). Modelos de Atención en Cuidados Paliativos Pediátricos. *Cuidados Paliativos Pediátricos*, I(2). <https://asocupac.org/wp-content/uploads/2024/12/Cuidado-Paliativo-Pediatrico-ASOCUPAC.pdf>

Espinoza Aguilera, N., & Luengo Martínez, C. (2022). Factores sociolaborales, de salud y

organizativos como predictores de alta carga mental percibida en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID-19. *ANALES Del Sistema Sanitario de Navarra*, 45(3).
<https://doi.org/https://doi.org/10.23938/ASSN.1024>

Euribe Solórzano, M. T., & Muñoz Santos, V. L. (2022). *Atención de enfermería a niño postoperado de tumor cerebral en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de un instituto especializado de Lima 2021* [[Tesis de Segunda Especialidad] Universidad Peruana Unión].

https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/5796/Maria_Trabajo_Especialidad_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Florian Zenobio, A. E. (2025). *Calidad de atención y satisfacción del usuario en el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, oficina de enlace Huacho, 2024* [(Tesis de Maestría) Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión].

<https://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14067/11199/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2025). *Levels and trends in child mortality*. Fondo de Las Naciones Unidas Para La Infancia (UNICEF).

<https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality-2024/>

Gámez Guizado, L. (2022, August 30). *Relaciones Interpersonales: Concepto, tipos, ejemplos e importancia*. Equipo Editorial Etecé. <https://concepto.de/relaciones-interpersonales/>

García Azorza, G. N. (2022). *Actitudes y emociones del enfermero hacia el cuidado del paciente moribundo en el Servicio de Emergencia* [(Tesis de Especialidad) Universidad Peruana Cayetano Heredia].

https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/13570/Actitudes_GarciaAzor

- za_Guilly.pdf?sequence=6#:~:text=Asimismo%2C se destaca el mantener,paciente en proceso de muerte.&text=del paciente moribundo-,en el servicio de emergencia es mayorit
- Ghasemi Kooktapeh, Z., Dustmohammadloo, H., Mehrdoost, H., & Fatehi, F. (2023). In the Line of Fire: A Systematic Review and Meta-Analysis of Job Burnout Among Nurses. *Cornell University*, 23(12). <https://doi.org/https://doi.org/10.48550/arXiv.2312.14853>
- Ghouaibi, A. (2025). La mortalidad infantil ha llegado a su mínimo histórico, pero aún queda mucho por hacer. *Head, Global Alliance for Women's Health, World Economic Forum*. <https://es.weforum.org/stories/2024/04/la-mortalidad-infantil-en-el-mundo-ha-alcanzado-un-minimo-historico-pero-aun-queda-mucho-por-hacer/>
- Grunauer, M., Mikesell, C., Bustamante, G., Aronowitz, D., Zambrano, K., Icaza-Freire, A., Gavilanes, A., & Barrera, R. (2021). Availability and Quality of Grief and Bereavement Care in Pediatric Intensive Care Units Around the World, Opportunities for Improvement. *Frontiers in Pediatrics*, 9. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.742916>
- Gutierrez Q., L. A., & Prieto M., J. X. (2024). *Capacidad funcional, apoyo social percibido y bienestar psicológico en adultos mayores* [[Tesis de Titulación] Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/b9f32ec9-a8e4-44a5-ba93-beec1996fc11/content>
- Heredia Moyano, L. M., & Villa Allauca, S. I. (2024). *El duelo y la terapia cognitivo conductual en adultos* [(Tesis de Titulación) Universidad nacional de Chimborazo]. [http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/14585/1/Heredia M.%2C Luis M.%3B Villa A.%2C Sebastian I. %282024%29 El duelo y la terapia cognitivo conductual en adultos..pdf](http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/14585/1/Heredia%20M.%20Luis%20M.%20Villa%20A.%20Sebastian%20I.%202024%29%20El%20duelo%20y%20la%20terapia%20cognitivo%20conductual%20en%20adultos.pdf)
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. D. P. (2022). *Metodología*

de la investigación (8va ed.). The McGraw-Hill Companies, Inc.

[https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia de la investigación 5ta Edición.pdf](https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigacion%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf)

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2024). *La soledad y el aislamiento emocional y social en la Vejez: Una realidad silenciosa*. Gobierno de México.

<https://www.gob.mx/inapam/articulos/la-soledad-y-el-aislamiento-emocional-y-social-en-la-vejez-una-realidad-silenciosa>

Instituto Nacional del Cáncer [INC]. (2023, August 20). *Hacer frente - Los sentimientos y el cáncer*. - Instituto Nacional Del Cáncer. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos>

Juall Carpenito, L. (2019). *Manual de Diagnósticos de Enfermería* (Amolca (ed.); 15va ed.). Wolters Kluwer.

[https://www.edicionesjournal.com/Papel/9788416781492/Manual+De+Diagnósticos+Enfermeros+Ed+15º](https://www.edicionesjournal.com/Papel/9788416781492/Manual+De+Diagn%C3%B3sticos+Enfermeros+Ed+15%C2%BA)

Lledó-Morera, A., & Bosch-Alcaraz, A. (2021). Análisis del afrontamiento de la enfermera frente a la muerte de un paciente pediátrico. *Enfermería Intensiva*, 32(3).

<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.03.004>

López Izurieta, I. (2022). *Efecto de una intervención de enfermería en la calidad de vida, función sexual y autoestima en mujeres histerectomizadas: un enfoque de método Mixto* [Universidad Concepción].

[http://repositorio.udec.cl/xmlui/bitstream/handle/11594/10465/Tesis Indira](http://repositorio.udec.cl/xmlui/bitstream/handle/11594/10465/Tesis%20Indira%20Lopez.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

[Lopez.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.udec.cl/xmlui/bitstream/handle/11594/10465/Tesis%20Indira%20Lopez.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

López, J. P., Barriga, M. M., Lecea, D., Parada, C., & Stephens, G. (2021). Examen

oftalmológico durante el control del niño sano en atención primaria: conocimiento y dificultades de los miembros del equipo de salud. *Archivos de La Sociedad Española de Oftalmología*, 96(1), 26–31. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ofal.2020.05.029>

Luque Jacho, J. Y., & Llave Huaylla, K. J. (2024). *Actitud ante la muerte de un paciente en estudiantes de enfermería de una universidad privada y universidad pública, 2024* [(Tesis de Licenciatura) Universidad Peruana Unión].

<https://repositorio.upeu.edu.pe/server/api/core/bitstreams/712b6c00-a655-433e-bf9d-a800980f16ce/content>

Manzanares Otal, S., & Niño Tena, A. (2021). Caso clínico: cuidados de enfermería a un paciente con ventilación mecánica tras sufrir un coma. *Revista Sanitaria de Investigación*.

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/caso-clinico-cuidados-de-enfermeria-a-un-paciente-con-ventilacion-mecanica-tras-sufrir-un-coma/>

Marten-Milbrath, V., Bärtschi-Gabatz, R. I., Cardoso-Vaz, J., Damé-Hense, T., Stragliotto-

Bazzan, J., & Thomé da Cruz-Rebelato, C. (2022). Adaptación familiar: del diagnóstico al tratamiento de la condición crónica del niño. *Enfermería Global*, 21(68).

<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.502291>

Martínez, J., & Sánchez, M. (2024). La Educación Emocional desde las Percepciones de las

Comunidades Educativas en Instituciones Oficiales de Bogotá. *Ciencia Latina: Revista Multidisciplinar*, 8(4). https://doi.org/https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i4.12318

Martínez Resendiz, Y. E., Palomé-Vega, G., & Juárez Lira, A. (2024). Estrategias de

Afrontamiento del Personal de Enfermería ante la Muerte. *European Scientific Journal*, 29.

<https://eujournal.org/index.php/esj/article/view/18149>

McClelland, A., & Chopra, M. (2024). Invertir en el personal de enfermería y protegerle: un

lugar de trabajo saludable es importante. *Nuestras Enfermeras. Nuestro Futuro*.

https://www.icn.ch/sites/default/files/2024-05/ICN_IND2024_report_SP_A4_3.1_0.pdf

Medina Vera, D. B., Nahua Sihua, K. J., & Sotomayor Preciado, A. M. (2025). Estrategias de enfermería basadas en la teoría de la adaptación para manejo efectivo del duelo. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, Asunción, Paraguay, VI(1)*.
<https://doi.org/https://doi.org/10.56712/latam.v6i1.3464>

Mejía-Zambrano, H., & Ramos-Calsín, L. (2022). Prevalencia de los principales trastornos mentales durante la pandemia por COVID-19. *Revista de Neuro-Psiquiatría, 85(1)*, 72–82.
<https://doi.org/10.20453/RNP.V85I1.4157>

Morcillo González, M. (2024). *El concepto ontológico de “cesación”. La idea de la muerte en la filosofía española transterrada* [[Tesis Doctoral] Universidad de Sevilla].

<https://idus.us.es/bitstream/handle/114441/39025/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Mucha Lopez, S. B. (2022). *La gestión administrativa y su relación con la productividad laboral en la Empresa ICONEG EIRL - Huancayo, 2021* [[Tesis de Titulación] Universidad Continental].

https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/12181/3/IV_FCE_308_TE_Mucha_Lopez_2022.pdf

Nóblega, M., Bartra, R., Conde, G., Guimet, M., Nuñez del Prado, J., Uchuya, D., & Retiz, M. (2024). Salud mental de niños y cuidadores y factores asociados durante la pandemia de COVID-19. *Revista de Psicología, 42(2)*, 737–771.

<https://doi.org/https://doi.org/10.18800/psico.202402.004>

OMS. (2024a). *Día Internacional de las Enfermeras y los Enfermeros 2024*. OMS.

<https://www.paho.org/es/campanas/dia-internacional-enfermeras-enfermeros-2024>

- OMS. (2024b). *Las diez causas principales de defunción*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023). *Nacimientos prematuros*. Organización Mundial de La Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Pallmeto Mortuary. (2024). *Cuando el duelo no se reconoce*. Palmetto Mortuary. <https://www.thepalmettomortuary.com/es-mx/when-grief-is-unacknowledged>
- Quiche Asencio, F. R. (2022). *Riesgos laborales y calidad de vida en el personal de enfermería de la Unidad de Emergencias, Hospital Gustavo Lanatta Luján - Huacho - 2021*. [[Tesis de Especialidad] Universidad Norbert Wiener]. http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/20.500.13053/5942/T061_47430524_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Raile Alligood, M., & Marriner Tomey, A. (2018). *Modelos y teorías en enfermería* (9th Edition). Elsevier. <https://www.elsevier.com/books/modelos-y-teorias-en-enfermeria/alligood/978-84-9113-339-1>
- Raile Alligood, M., & Marriner Tomey, A. (2022). *Modelos y teorías en enfermería* (9th Editio). Elsevier. <https://www.elsevier.com/books/modelos-y-teorias-en-enfermeria/alligood/978-84-9113-339-1?aaref=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F>
- Ramos-Guerrero, J. A., Barrientos-Deloya, A., Correa-Morales, J. E., Dorsey-Rivera, B. E., Ismail-Paz, E. F., Guadarrama-Orozco, J. H., & Zúñiga-Villanueva, G. (2025). Desarrollo del cuidado paliativo pediátrico en México: revisión adaptada del modelo de la Organización Mundial de Salud. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 48(1), 46–54. <https://doi.org/10.35366/118367>
- Real Academia Española [RAE]. (2025). *Diccionario de la Lengua Española*. Asociación de

Academias de la Lengua Española [RAE]. <https://dle.rae.es/>

Rimachi Sanchez, E., & Rojas Centeno, B. P. (2024). *Factores sociolaborales relacionados al Síndrome de Burnout en trabajadores asistenciales del C.S Mental Comunitario “Bella Esmeralda” Huanta, Ayacucho 2024*. [(Tesis de Titulación) Universidad Nacional de San Cristobal de Huamanga].

<https://repositorio.unsch.edu.pe/server/api/core/bitstreams/a5083082-d21c-4d90-a793-7b9070f86c30/content>

Rivero Fernández, R. R., Velazco Gonzales, A. R., Rivera Pinto, S. D., Barriga García, M. del C., & Cueva Allison, C. H. (2025). Asociación entre factores sociolaborales y ausentismo en trabajadores del sector agroexportador. *Universidad, Ciencia y Tecnología*, 29(2025).
<https://doi.org/https://doi.org/10.47460/uct.v29iSpecial.939>

Roca Edelman, S. G., Durán Viveros, N., & Fernandez García, J. M. (2024). Síndrome de Burnout en Personal de Salud y Factores Asociados. *Vitalia*, 5(4).
<https://doi.org/https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v5i4.422>

Rodríguez Dangeolo, R. (2021). *¿Qué es Relación?* ConceptoDefinición.
<https://conceptodefinicion.de/relacion/>

Rodríguez Leudo, A. L., & Raga Rosaleny, V. (2021). Sobre la relación entre felicidad, satisfacción laboral y compromiso organizacional docente en una institución educativa de Medellín. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, 17(2).
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134175210007>

Rojas Guillen, M. de los A. (2024). *Resiliencia y duelo por pérdida de un ser querido durante la pandemia de la COVID-19 en usuarios de un establecimiento de salud pública de nivel I3 de Lima Metropolitana* [(Tesis de Titulación) Universidad Continental].

<https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/16302>

Salas, Y., Chávez, F., Grigoriu, R., Calle, M. del C., Mallqui, G. M., & Sepúlveda, H. (2024).

Factores socio-profesionales que influyen en la elección laboral del personal de salud. *Salud de Los Trabajadores*, 32(1).

Salazar L., J. L. (2022). *Calidad de Vida y Nivel de estrés del Personal de Salud del Hospital Belén de Lambayeque - 2021* [[Tesis de Titulación] Universidad Señor de Sipán].

<https://orcid.org/0000-0003-4052-6384>

Saldaña-Vargas, R. (2024). Últimos avances de tecnología en medicina. *Mutual Médica*, 12(2).

<https://www.mutualmedica.com/mutualmedica/ultimos-avances-tecnologia-en-medicina>

Saldaña, harrison A. (2024). *Soporte emocional y bienestar psicológico en educadores de la Institución Educativa “Premier School”, 2023* [[Tesis de Titulación] Universidad

Continental].

https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/15339/1/IV_FHU_501_TE_Saldaña_Cardenas_2024.pdf

Sánchez Masó, Y., Reyes Saborit, A., & Roca Perara, M. A. (2024). La adherencia al tratamiento en adolescentes con enfermedades crónicas: principales resultados empíricos en su estudio.

Revista Habanera de Ciencias Médicas, 23.

<https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/5333>

Santos Gonzales, K. M. (2024). *Estrategias de afrontamiento del enfermero ante la muerte del paciente pediátrico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Salud del Niño- San Borja- 2023* [(Tesis de Segunda Especialidad) Universidad Peruana Cayetano Heredia].

https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/15073/Estrategias_SantosGo

nzales_Karen.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Socorro Ovalles, J. A. (2024). Factores de Riesgos Psicosociales y Psicológicos en los Docentes Universitarios. *Ciencia Latina: Revista Multidisciplinar*, 8(6).

https://doi.org/https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i6.15288

Suárez-Saavedra, L. L., Fajardo-Saavedra, V. N., Parada-Vela, J. A., Torres-Ramírez, M. L., & Cruz-Delgado, J. P. (2025). Carga de Trabajo y Estrés Laboral en Trabajadores de Servicios Generales de una Universidad Colombiana. *Revista Investigación En Salud Universidad de Boyacá*, 12(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.24267/23897325.1281>

Torres Molina, M. (2025). Candidatos a Cuidado Paliativo Pediátrico. *Cuidados Paliativos Pediátricos*, 12. <https://asocupac.org/wp-content/uploads/2025/12/Cuidado-Paliativo-Pediatrico-ASOCUPAC.pdf>

Tueros Romucho, E. R. (2021). *Cuidado de enfermería a paciente de colecistectomía en Post Operatorio recuperacion Hoapital Ricardo Cruzado Rivarola Nasca 2020. [Tesis de Segunda Especialidad]* [Universidad Nacional de San Agustín].

<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12773/12479/SEturoer.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Turgut, M., & Yildiz, H. (2023). Investigation of grief and posttraumatic growth related to patient loss in pediatric intensive care nurses: a cross-sectional study. *BMC Palliative Care*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01316-z>

Valle Jayo, A. D. (2025). *El bienestar laboral como parte de la estrategia de comunicación interna en empresas de Lima Metropolitana luego del periodo de pandemia en Perú* [(Tesis de Licenciatura) Pontificia Universidad Católica del Perú].

<https://tesis.pucp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/4afb3537-d5c6-4997-abb->

165114df641c/content

Vargas A., C. Y., & Vargas S., L. M. (2022). *Apoyo social y bienestar psicológico en adultos mayores que asisten a los CIAM de Lima metropolitana* [[Tesis de Titulación] Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas].
https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/100757/622168/VARGAS_AC.pdf?sequence=5

Velázquez Morales, S. M., & Quiroz Esquivel, R. (2022). Recomendaciones de enfermería para el manejo del Catéter Venoso Central. *Revista CONAMED*, 27(3), 128–131.
<https://doi.org/10.35366/107644>

Villacorta Verde, M. E. (2024). *Estilo de vida saludable y factores sociolaborales relacionados a grasa corporal y riesgo cardiovascular en trabajadores de una clínica privada* [(Tesis de Maestría) Universidad Peruana Unión].
<https://repositorio.upeu.edu.pe/server/api/core/bitstreams/5aaf750c-5813-45a8-bfb6-0d7baf95dc4e/content>

Villacreses-Merino, K. M., Merino-Conforme, M. C., Alcázar-Marcillo, A. A., & Cantos-Sánchez, M. M. (2024). Cuidados paliativos en oncología pediátrica: rol y desafíos de la enfermería. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de La Salud. Salud y Vida*, 8(16). <https://doi.org/https://doi.org/10.35381/s.v.v8i16.4156>

Walhoff Torres, R. del P. (2025). *Revista Investigación en Salud Universidad de Boyacá* [(Tesis de Titulación) Universidad Nacional de Trujillo].
<https://dspace.unitru.edu.pe/server/api/core/bitstreams/5131a0e7-a897-4dad-a0b0-2e176b1b7996/content>

Apéndices

Apéndice A: Instrumentos de recolección de datos



Factores sociolaborales	Reactivos	Respuestas
Sexo	Femenino	
	Masculino	
Estado civil	Soltero	
	Casado	
	Viudo	
	Divorciado	
Nivel de estudios	Educación básica	
	Educación media	
	Técnico	
	Profesional	
Título	Auxiliar	
	Técnico	
	Profesional	
Tiempo de ejercicio profesional	Menos de 1 año	
	1 a 5 años	
	6 a 10 años	
	11 a 15 años	
	15 años	
Unidad de desempeño	Uci pediátrica	
	Uci neuro crítica	
	Uci cardiológica	
Participación en cursos de duelo	Sí	
	No	

ESCALA DE APOYO EN DUELO EN ATENCION DE SALUD

Las siguientes afirmaciones se refieren el *apoyo que usted recibe como profesional de salud ante el duelo*. Por favor encierre en un círculo la respuesta que mejor describe su nivel de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación.

TD	TOTALMENTE EN DESACUERDO
D	EN DESACUERDO
N	NI DE ACUERDO NI DESACUERDO
A	DE ACUERDO
TA	TALMENTE DE ACUERDO

N°	AFIRMACIÓN	RESPUESTAS				
		TD	D	N	A	TA
1	Mi familia comprende cuan cercano soy con los pacientes.					
2	Mis amigos comprenden cuan cercano soy con los pacientes.					
3	Mis compañeros de trabajo comprenden cuan cercano soy con los pacientes					
4	Mis supervisoras comprenden cuando cercano soy con los pacientes					
5	Los familiares de los pacientes comprenden cuan cercano soy con los pacientes.					
6	Mi familia sabe que sufro cuando los pacientes fallecen.					
7	Mis amigos saben que sufro cuando los pacientes fallecen.					
8	Mis compañeros de trabajo saben que sufro cuando los pacientes fallecen.					
9	Mis supervisoras saben que sufro cuando los pacientes fallecen.					
10	Los familiares de los pacientes saben que sufro cuando su paciente fallece.					
11	Mi institución a menudo lleva a cabo rituales en memoria de pacientes que han fallecido.					
12	A menudo puedo asistir a los rituales en memoria que se llevan a cabo en mi institución.					
13	A menudo soy invitado a asistir a los rituales en memoria de los pacientes fallecidos, que se realizan fuera de mi institución.					
14	A menudo puedo asistir al funeral de paciente que fallecen.					
15	Mi institución me mantiene informado acerca de los fallecimientos de los pacientes					

Puntaje: TD =1 D =2 N=3 A =4 TA=5

Puntajes promedios debiesen ser calculados, puntajes altos corresponden altos niveles de apoyo en duelo. Escala adaptada y validada por Vega, P. González, R. Bustos, J. Santibáñez, N. Cortínez, V Sateler, A vs Viedma M (2015), de la Encuesta “Grief Support Health care Scale”(gshcs) desarrolla por Anderson, Ewen y Miles referencia Anderson k , Ewen H, Miles E. THE GRIEF SUPPORT IN HEALTHCARE SCALA.

Apéndice B: Validez de los instrumentos

INSTRUMENTOS PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO

(JUICIO DE EXPERTOS)

El presente instrumento tiene como finalidad evaluar “Factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos” el mismo será aplicado en un Instituto de salud de Lima, quienes constituyen la muestra en estudio de la validación de la escala de Likert titulado **Factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un Instituto de Lima, 2024**”, el cual será posteriormente utilizado como instrumento de investigación.

INSTRUCCIONES

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, adecuación con textural y demonio del contenido. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presentado o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrece un espacio para las observaciones hubiera.

Juez n° : 01

Fecha actual: 11/10/24

Nombre y Apellido del juez: Carlos Igor Martínez Asmat

Institución donde labora: Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja

Años de experiencia laboral y científica: 5 años

INSN INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
Sub Unidad No Afiliada Hospital Especializada
Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos

DI. CARLOS IGOR MARTINEZ ASMAT
MÉDICO EN ESPECIALIDAD PEDIÁTRICA
CÓDIGO PROFESIONAL N° 422997 ROL N° 10101010

Firma del juez
(Firma y sello)

CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

DICTAMINADO POR EL JUEZ

1.- ¿Estás de acuerdo con las características, formas de aplicación y estructura del instrumento?

Si No()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

2.- ¿A un parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?

Si No()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

3.- Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

Si () No()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

4.- Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

Si () No()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

5.- Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

Si No()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

6.- ¿Las opciones de respuestas están suficientemente graduales y pertinentes para cada ítem o reactivas del INSTRUMENTO?

Si No()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

FECHA: 11.10.2024

VALIDADO POR: Carlos Igor Martinez Psmat

FIRMA DEL JUEZ: [Firma]

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
 Sub Unidad de Atención Especializada
 Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico

DR. CARLOS IGOR MARTINEZ ASMAT
 MÉDICO INTENSIVISTA PEDIÁTRICO
 CNP N° 74097, RNL N° 44298, RNSI N° 500453

LISTA DE EVALUACION SOBRE: "Factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un Instituto de Lima, 2024"

INSTRUMENTO PARA FINES ESPECÍFICOS DE LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO (JUICIO DEL EXPERTO)

DIMENSIÓN	NUMERO	ÍTEM	CLARIDAD		CONGRUENCIA		CONTEXTO		DOMINIO DEL CONSTRUCTO		SUGERENCIAS
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Reconocimiento de la relación	1	Mi familia comprende cun cercano soy con los pacientes.	✓		✓		✓		✓		
	2	Mis amigos comprenden cun cercano soy con los pacientes.	✓		✓		✓		✓		
	3	Mis compañeros de trabajo comprenden cun cercano soy con los pacientes.	✓		✓		✓		✓		
	4	Mis supervisoras comprenden cuando cercano soy con los pacientes.	✓		✓		✓		✓		
	5	Los familiares de los pacientes comprenden cun cercano soy con los pacientes.	✓		✓		✓		✓		
Reconocimiento de la pérdida	6	Mi familia sabe que sufro cuando los pacientes fallecen.	✓		✓		✓		✓		
	7	Mis amigos saben que sufro cuando los pacientes fallecen.	✓		✓		✓		✓		
	8	Mis compañeros de trabajo saben que sufro cuando los pacientes fallecen.	✓		✓		✓		✓		
Reconocimiento de la pérdida	9	Mis supervisoras saben que sufro cuando los pacientes fallecen.	✓		✓		✓		✓		
	10	Los familiares de los pacientes saben que sufro cuando su paciente fallece.	✓		✓		✓		✓		
Inclusión en ritual funerario	11	Mi institución a menudo lleva a cabo rituales en memoria de pacientes que han fallecido.	✓		✓		✓		✓		
	12	A menudo puedo asistir a los rituales en memoria que se llevan a cabo en mi institución.	✓		✓		✓		✓		
	13	A menudo soy invitado a asistir a los rituales en memoria de los pacientes fallecidos, que se realizan fuera de mi institución.	✓		✓		✓		✓		
	14	A menudo puedo asistir al funeral del paciente que fallece.	✓		✓		✓		✓		
	15	Mi institución me mantiene informado acerca de los fallecimientos de los pacientes	✓		✓		✓		✓		



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
 Unidad de Asesoría
 Dra. María José Martínez Asmat

FECHA: 11/10/24
 VALIDADO POR: Carlos Javier Martínez Asmat

FIRMA DEL JUEZ:

INSTRUMENTOS PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO

(JUICIO DE EXPERTOS)

El presente instrumento tiene como finalidad evaluar “Factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos” el mismo será aplicado en un Instituto de salud de Lima, quienes constituyen la muestra en estudio de la validación de la escala de Likert titulado **Factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un Instituto de Lima, 2024**”, el cual será posteriormente utilizado como instrumento de investigación.

INSTRUCCIONES

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, adecuación con textural y demonio del contenido. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presentado o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrece un espacio para las observaciones hubiera.

Juez n°: 02

Fecha actual: 12.11.24

Nombre y Apellido del juez: JOSE OMAR AYLLON RUIZ

Institución donde labora: INSTITUTO NACIONAL DEL NIÑO SAN BORTA

Años de experiencia laboral y científica: 9 AÑOS



Instituto Nacional de Salud del Niño
San Borta

Dr. José Omar Ayllón Ruiz
MÉDICO PEDIATRA INTENSIVISTA
C.M.P.: 47870 - R.N.E.: 24270 - R.N.S.E.: 500232

Firma del juez.
(Firma y sello)

CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

DICTAMINADO POR EL JUEZ

1.- ¿Estás de acuerdo con las características, formas de aplicación y estructura del instrumento?

Si No()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

2.- ¿A un parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?

Si No()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

3.- Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

Si No()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

4.- Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

Si () No()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

5.- Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

Si No()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

6.- ¿Las opciones de respuestas están suficientemente graduales y pertinentes para cada ítem o reactivas del INSTRUMENTO?

Si No()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

FECHA: 12.10.24

VALIDADO POR: JOSE OMAR AYLLON RUIZ

FIRMA DEL JUEZ:

 Instituto Nacional de Salud del Niño
San Borja

Dr. José Omar Ayllón Ruiz
MEDICO PEDIATRA INTENSIVISTA
CMP: 47870 - RNE: 24270 - RNSE: 500232

LISTA DE EVALUACION SOBRE: "Factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un Instituto de Lima, 2024"

INSTRUMENTO PARA FINES ESPECÍFICOS DE LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO (JUICIO DEL EXPERTO)

DIMENSIÓN	NUMERO	ÍTEM	CLARIDAD		CONGRUENCIA		CONTEXTO		DOMINIO DEL CONSTRUCTO		SUGERENCIAS
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Reconocimiento de la relación	1	Mi familia comprende cuan cercano soy con los pacientes.	✓			✓	✓	✓	✓	✓	
	2	Mis amigos comprenden cuan cercano soy con los pacientes.	✓			✓	✓	✓	✓	✓	
	3	Mis compañeros de trabajo comprenden cuan cercano soy con los pacientes.	✓			✓	✓	✓	✓	✓	
	4	Mis supervisoras comprenden cuando cercano soy con los pacientes.	✓			✓	✓	✓	✓	✓	
	5	Los familiares de los pacientes comprenden cuan cercano soy con los pacientes.	✓			✓	✓	✓	✓	✓	
Reconocimiento de la pérdida	6	Mi familia sabe que sufro cuando los pacientes fallecen.	✓			✓	✓	✓	✓	✓	
	7	Mis amigos saben que sufro cuando los pacientes fallecen.	✓			✓	✓	✓	✓	✓	
	8	Mis compañeros de trabajo saben que sufro cuando los pacientes fallecen.	✓			✓	✓	✓	✓	✓	
	9	Mis supervisoras saben que sufro cuando los pacientes fallecen.	✓			✓	✓	✓	✓	✓	
Inclusión en ritual funerario	10	Los familiares de los pacientes saben que sufro cuando su paciente fallece.	✓			✓	✓	✓	✓	✓	
	11	Mi institución a menudo lleva a cabo rituales en memoria de pacientes que han fallecido.	✓			✓	✓	✓	✓	✓	
	12	A menudo puedo asistir a los rituales en memoria que se llevan a cabo en mi institución.	✓			✓	✓	✓	✓	✓	
	13	A menudo soy invitado a asistir a los rituales en memoria de los pacientes fallecidos, que se realizan fuera de mi institución.	✓			✓	✓	✓	✓	✓	
	14	A menudo puedo asistir al funeral del paciente que fallece.	✓			✓	✓	✓	✓	✓	
15	Mi institución me mantiene informado acerca de los fallecimientos de los pacientes	✓			✓	✓	✓	✓	✓		


 Instituto Nacional de Salud del Niño
 Dr. José Omar Aylón Ruiz
 MEDICO PEDIATRA DE EMERGENCIAS
 C.O.P. 14270 - RENISE: 600232

FECHA: 12.10.24
 VALIDADO POR: JOSE OMAR AYLLON RUIZ
 FIRMA DEL JUEZ:

INSTRUMENTOS PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO

(JUICIO DE EXPERTOS)

El presente instrumento tiene como finalidad evaluar “Factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos” el mismo será aplicado en un Instituto de salud de Lima, quienes constituyen la muestra en estudio de la validación de la escala de Likert titulado **Factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un Instituto de Lima, 2024**”, el cual será posteriormente utilizado como instrumento de investigación.

INSTRUCCIONES

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, adecuación con textural y demonio del contenido. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presentado o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrece un espacio para las observaciones hubiera.


Juez n° : 03

Fecha actual: 10.10.2024

Nombre y Apellido del juez: Carla Landeo Guerra

Institución donde labora: Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja

Años de experiencia laboral y científica: 5 años

 Instituto Nacional de Salud del Niño
San Borja


Dra. Carla R. Landeo Guerra
MÉDICA INTENSIVA PEDIATRA
C.M.P. 71816 RNE: 41652 RNIES 00509

Firma del juez
(Firma y sello)

**CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO
DICTAMINADO POR EL JUEZ**

1.- ¿Estás de acuerdo con las características, formas de aplicación y estructura del instrumento?

Si (✓) No()

Observaciones:.....
Sugerencias:.....

2.- ¿A un parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?

Si (✓) No()

Observaciones:.....
Sugerencias:.....

3.- Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

Si () No(✓)

Observaciones:.....
Sugerencias:.....

4.- Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

Si () No(✓)

Observaciones:.....
Sugerencias:.....

5.- Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

Si (✓) No()

Observaciones:.....
Sugerencias:.....

6.- ¿Las opciones de respuestas están suficientemente graduales y pertinentes para cada ítem o reactivas del INSTRUMENTO?

Si (✓) No()

Observaciones:.....
Sugerencias:.....

FECHA:10/10/2024.....

VALIDADO POR: *Carla Landeo Guerra*

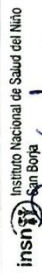
FIRMA DEL JUEZ:

 Instituto Nacional de Salud del Niño
San Borja
Carla Landeo
Dra. Carla R. Landeo Guerra
MÉDICA INTENSIVA PEDIATRA
C.M.P. 71816 RNE: 41652 RNES 00509

LISTA DE EVALUACION SOBRE: "Factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un Instituto de Lima, 2024"

INSTRUMENTO PARA FINES ESPECÍFICOS DE LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO (JUICIO DEL EXPERTO)

DIMENSIÓN	NUMERO	ÍTEM	CLARIDAD		CONGRUENCIA		CONTEXTO		DOMINIO DEL CONSTRUCTO		SUGERENCIAS
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Reconocimiento de la relación	1	Mi familia comprende cun cercano soy con los pacientes.	✓			✓	✓		✓		
	2	Mis amigos comprenden cun cercano soy con los pacientes.	✓			✓	✓		✓		
	3	Mis compañeros de trabajo comprenden cun cercano soy con los pacientes.	✓			✓	✓		✓		
	4	Mis supervisoras comprenden cuando cercano soy con los pacientes.	✓			✓	✓		✓		
	5	Los familiares de los pacientes comprenden cun cercano soy con los pacientes.	✓			✓	✓		✓		
Reconocimiento de la pérdida	6	Mi familia sabe que sufro cuando los pacientes fallecen.	✓			✓	✓		✓		
	7	Mis amigos saben que sufro cuando los pacientes fallecen.	✓			✓	✓		✓		
	8	Mis compañeros de trabajo saben que sufro cuando los pacientes fallecen.	✓			✓	✓		✓		
	9	Mis supervisoras saben que sufro cuando los pacientes fallecen.	✓			✓	✓		✓		
Inclusión en ritual funerario	10	Los familiares de los pacientes saben que sufro cuando su paciente fallece.	✓			✓	✓		✓		
	11	Mi institución a menudo lleva a cabo rituales en memoria de pacientes que han fallecido.	✓			✓	✓		✓		
	12	A menudo puedo asistir a los rituales en memoria que se llevan a cabo en mi institución.	✓			✓	✓		✓		
Inclusión en ritual funerario	13	A menudo soy invitado a asistir a los rituales en memoria de los pacientes fallecidos, que se realizan fuera de mi institución.	✓			✓	✓		✓		
	14	A menudo puedo asistir al funeral del paciente que fallece.	✓			✓	✓		✓		
	15	Mi institución me mantiene informado acerca de los fallecimientos de los pacientes	✓			✓	✓		✓		



Dr. Carlos R. Lando Guerra
 MEDICA INTENSIVA PEDIATRA
 C.M.P. 71816 RNE- 41652 RNES 00509

FECHA: 16.10.2024
 VALIDADO POR: Carla Lando Guerra

FIRMA DEL JUEZ:

INSTRUMENTOS PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO

(JUICIO DE EXPERTOS)

El presente instrumento tiene como finalidad evaluar “Factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos” el mismo será aplicado en un Instituto de salud de Lima, quienes constituyen la muestra en estudio de la validación de la escala de Likert titulado **Factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un Instituto de Lima, 2024**”, el cual será posteriormente utilizado como instrumento de investigación.

INSTRUCCIONES

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, adecuación con textural y demonio del contenido. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presentado o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrece un espacio para las observaciones hubiera.

Juez n °: 04

Fecha actual: 13. 10. 2024

Nombre y Apellido del juez: IVAN ESPINOZA RUIZ

Institución donde labora: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO SAN BORJA

Años de experiencia laboral y científica: 4 AÑOS

 insn 

DR. IVAN ESPINOZA RUIZ
Médico Intensivista Pediatra
C.M.P. 76636 - RNE: 42587

Firma del juez
(Firma y sello)

**CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO
DICTAMINADO POR EL JUEZ**

1.- ¿Estás de acuerdo con las características, formas de aplicación y estructura del instrumento?

Si () No ()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

2.- ¿A un parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?

Si () No ()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

3.- Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

Si () No ()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

4.- Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

Si () No ()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

5.- Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

Si () No ()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

6.- ¿Las opciones de respuestas están suficientemente graduales y pertinentes para cada ítem o reactivas del INSTRUMENTO?

Si () No ()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

FECHA: 13. 10. 2024

VALIDADO POR: IVAN ESPINOZA RUIZ

FIRMA DEL JUEZ:

insn Instituto Reoquin de Salud del Niño San Andrés

DR. IVAN ESPINOZA RUIZ
Médico Intensivista Pediatra
C.M.P. 76636 - RNE: 42587

LISTA DE EVALUACION SOBRE: "Factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un Instituto de Lima, 2024"

INSTRUMENTO PARA FINES ESPECÍFICOS DE LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO (JUICIO DEL EXPERTO)

DIMENSIÓN	NUMERO	ÍTEMS	CLARIDAD		CONGRUENCIA		CONTEXTO		DOMINIO DEL CONSTRUCTO		SUGERENCIAS
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Reconocimiento de la relación	1	Mi familia comprende cuan cercano soy con los pacientes.	✓			✓	✓			✓	
	2	Mis amigos comprenden cuan cercano soy con los pacientes.	✓			✓	✓			✓	
	3	Mis compañeros de trabajo comprenden cuan cercano soy con los pacientes.	✓			✓	✓			✓	
	4	Mis supervisoras comprenden cuando cercano soy con los pacientes.	✓			✓	✓			✓	
Reconocimiento de la pérdida	5	Los familiares de los pacientes comprenden cuan cercano soy con los pacientes.	✓			✓	✓			✓	
	6	Mi familia sabe que sufro cuando los pacientes fallecen.	✓			✓	✓			✓	
	7	Mis amigos saben que sufro cuando los pacientes fallecen.	✓			✓	✓			✓	
	8	Mis compañeros de trabajo saben que sufro cuando los pacientes fallecen.	✓			✓	✓			✓	
Inclusión en ritual funerario	9	Mis supervisoras saben que sufro cuando los pacientes fallecen.	✓			✓	✓			✓	
	10	Los familiares de los pacientes saben que sufro cuando su paciente fallece.	✓			✓	✓			✓	
Inclusión en ritual funerario	11	Mi institución a menudo lleva a cabo rituales en memoria de pacientes que han fallecido.	✓			✓	✓			✓	
	12	A menudo puedo asistir a los rituales en memoria que se llevan a cabo en mi institución.	✓			✓	✓			✓	
	13	A menudo soy invitado a asistir a los rituales en memoria de los pacientes fallecidos, que se realizan fuera de mi institución.	✓			✓	✓			✓	
	14	A menudo puedo asistir al funeral del paciente que fallece.	✓			✓	✓			✓	
	15	Mi institución me mantiene informado acerca de los fallecimientos de los pacientes	✓			✓	✓			✓	



FECHA: 13.10.2024
 VALIDADO POR: JUAN ESPINOZA RUIZ

FIRMA DEL JUEZ:

.....
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
 DR. JUAN ESPINOZA RUIZ
 Médico Intensivo Pediatra
 C.M.P. 76636 - RNE 42587

INSTRUMENTOS PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO

(JUICIO DE EXPERTOS)

El presente instrumento tiene como finalidad evaluar “Factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos” el mismo será aplicado en un Instituto de salud de Lima, quienes constituyen la muestra en estudio de la validación de la escala de Likert titulado **Factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un Instituto de Lima, 2024**”, el cual será posteriormente utilizado como instrumento de investigación.

INSTRUCCIONES

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, adecuación con textural y demonio del contenido. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presentado o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrece un espacio para las observaciones hubiera.

Juez n° : 05

Fecha actual: 13. 10. 2024

Nombre y Apellido del juez: Rosario Vera Odoor

Institución donde labora: Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja

Años de experiencia laboral y científica: 5 años


 Lic. Enfer. Rosario Vera Odoor
 Esp. UCI Pediátrico
 CEP 80576 REE 23727

Firma del juez
 (Firma y sello)

**CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO
DICTAMINADO POR EL JUEZ**

1.- ¿Estás de acuerdo con las características, formas de aplicación y estructura del instrumento?

Si (✓) No ()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

2.- ¿A un parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?

Si (✓) No ()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

3.- Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

Si () No (✓)

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

4.- Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

Si () No (✓)

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

5.- Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

Si (✓) No ()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

6.- ¿Las opciones de respuestas están suficientemente graduales y pertinentes para cada ítem o reactivas del INSTRUMENTO?

Si (✓) No ()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

FECHA: 13.10.2024

VALIDADO POR: Rosario Vera Odor


 Lic. Enfer. Rosario Vera Odor
 Esp. UCI Pediátrico

FIRMA DEL JUEZ:

LISTA DE EVALUACION SOBRE: "Factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un Instituto de Lima, 2024"

INSTRUMENTO PARA FINES ESPECÍFICOS DE LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO (JUICIO DEL EXPERTO)

DIMENSIÓN	NUMERO	ÍTEM	CLARIDAD		CONGRUENCIA		CONTEXTO		DOMINIO DEL CONSTRUCTO		SUGERENCIAS
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Reconocimiento de la relación	1	Mi familia comprende cuan cercano soy con los pacientes.	✓		✓		✓		✓		
	2	Mis amigos comprenden cuan cercano soy con los pacientes.	✓		✓		✓		✓		
	3	Mis compañeros de trabajo comprenden cuan cercano soy con los pacientes.	✓		✓		✓		✓		
	4	Mis supervisoras comprenden cuando cercano soy con los pacientes.	✓		✓		✓		✓		
	5	Los familiares de los pacientes comprenden cuan cercano soy con los pacientes.	✓		✓		✓		✓		
Reconocimiento de la pérdida	6	Mi familia sabe que sufro cuando los pacientes fallecen.	✓		✓		✓		✓		
	7	Mis amigos saben que sufro cuando los pacientes fallecen.	✓		✓		✓		✓		
	8	Mis compañeros de trabajo saben que sufro cuando los pacientes fallecen.	✓		✓		✓		✓		
Inclusión en ritual funerario	9	Mis supervisoras saben que sufro cuando los pacientes fallecen.	✓		✓		✓		✓		
	10	Los familiares de los pacientes saben que sufro cuando su paciente fallece.	✓		✓		✓		✓		
Inclusión en ritual funerario	11	Mi institución a menudo lleva a cabo rituales en memoria de pacientes que han fallecido.	✓		✓		✓		✓		
	12	A menudo puedo asistir a los rituales en memoria que se llevan a cabo en mi institución.	✓		✓		✓		✓		
	13	A menudo soy invitado a asistir a los rituales en memoria de los pacientes fallecidos, que se realizan fuera de mi institución.	✓		✓		✓		✓		
	14	A menudo puedo asistir al funeral del paciente que fallece.	✓		✓		✓		✓		
	15	Mi institución me mantiene informado acerca de los fallecimientos de los pacientes	✓		✓		✓		✓		

Dr. Javier Posarío Vera Odoer
Exp. UCI Pediatría
CEP 80576 REE 23727

FECHA: 13.10.2024
VALIDADO POR: Posarío Vera Odoer.

FIRMA DEL JUEZ:

INSTRUMENTOS PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO

(JUICIO DE EXPERTOS)

El presente instrumento tiene como finalidad evaluar “Factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos” el mismo será aplicado en un Instituto de salud de Lima, quienes constituyen la muestra en estudio de la validación de la escala de Likert titulado **Factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un Instituto de Lima, 2024**”, el cual será posteriormente utilizado como instrumento de investigación.

INSTRUCCIONES

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, adecuación con textural y demonio del contenido. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presentado o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrece un espacio para las observaciones hubiera.

Juez n° : 06

Fecha actual: 15 . 10 . 24

Nombre y Apellido del juez: *Grace Alejandra Cornejo Tasayco*

Institución donde labora: *Clinica San Bonga SANNA*

Años de experiencia laboral y científica: 5

 SANNA Clínica San Bonga

 Lic. Grace Alejandra Cornejo Tasayco
 UCI Pediatría
 CEP: 07351R REE: 024728

Firma del juez
 (Firma y sello)

CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

DICTAMINADO POR EL JUEZ

1.- ¿Estás de acuerdo con las características, formas de aplicación y estructura del instrumento?

Si (X) No()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

2.- ¿A un parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?

Si (X) No()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

3.- Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

Si () No(X)

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

4.- Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

Si () No(X)

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

5.- Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

Si (X) No()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

6.- ¿Las opciones de respuestas están suficientemente graduales y pertinentes para cada ítem o reactivas del INSTRUMENTO?

Si (X) No()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

SANNA CLINICA SAN BORJA
.....
Lic. Grace Alejandra Cornejo Tasayco
UCI Pediatría
CEP: 07351R RFE: 024728

15.10.24.

FECHA:

VALIDADO POR: *Grace Alejandra Cornejo Tasayco*

FIRMA DEL JUEZ: *Juez*

LISTA DE EVALUACION SOBRE: "Factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un Instituto de Lima, 2024"

INSTRUMENTO PARA FINES ESPECÍFICOS DE LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO (JUICIO DEL EXPERTO)

DIMENSIÓN	NUMERO	ÍTEMES	CLARIDAD		CONGRUENCIA		CONTEXTO		DOMINIO DEL CONSTRUCTO		SUGERENCIAS
			SI	NO	SI	NO	SI	NO			
Reconocimiento de la relación	1	Mi familia comprende cuan cercano soy con los pacientes.	✓		✓		✓		✓		
	2	Mis amigos comprenden cuan cercano soy con los pacientes.	✓		✓		✓		✓		
	3	Mis compañeros de trabajo comprenden cuan cercano soy con los pacientes.	✓		✓		✓		✓		
	4	Mis supervisoras comprenden cuando cercano soy con los pacientes.	✓		✓		✓		✓		
	5	Los familiares de los pacientes comprenden cuan cercano soy con los pacientes.	✓		✓		✓		✓		
Reconocimiento de la pérdida	6	Mi familia sabe que sufro cuando los pacientes fallecen.	✓		✓		✓		✓		
	7	Mis amigos saben que sufro cuando los pacientes fallecen.	✓		✓		✓		✓		
	8	Mis compañeros de trabajo saben que sufro cuando los pacientes fallecen.	✓		✓		✓		✓		
	9	Mis supervisoras saben que sufro cuando los pacientes fallecen.	✓		✓		✓		✓		
	10	Los familiares de los pacientes saben que sufro cuando su paciente fallece.	✓		✓		✓		✓		
Inclusión en ritual funerario	11	Mi institución a menudo lleva a cabo rituales en memoria de pacientes que han fallecido.	✓		✓		✓		✓		
	12	A menudo puedo asistir a los rituales en memoria que se llevan a cabo en mi institución.	✓		✓		✓		✓		
Inclusión en ritual funerario	13	A menudo soy invitado a asistir a los rituales en memoria de los pacientes fallecidos, que se realizan fuera de mi institución.	✓		✓		✓		✓		
	14	A menudo puedo asistir al funeral del paciente que fallece.	✓		✓		✓		✓		
	15	Mi institución me mantiene informado acerca de los fallecimientos de los pacientes	✓		✓		✓		✓		

SANNA | **EN SU ASESORIA**
 Lic. Grace Alejandra Cornejo Tarayco
 UCI Psicológica
 CEP: 173314 REE: 024728

FECHA: 15.10.24
 VALIDADO POR: Grace Alejandra Cornejo Tarayco

FIRMA DEL JUEZ:

INSTRUMENTOS PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO

(JUICIO DE EXPERTOS)

El presente instrumento tiene como finalidad evaluar “Factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos” el mismo será aplicado en un Instituto de salud de Lima, quienes constituyen la muestra en estudio de la validación de la escala de Likert titulado **Factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un Instituto de Lima, 2024**”, el cual será posteriormente utilizado como instrumento de investigación.

INSTRUCCIONES

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, adecuación con textural y demonio del contenido. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presentado o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrece un espacio para las observaciones hubiera.

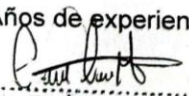
Juez n° : 07

Fecha actual: 20.10.24

Nombre y Apellido del juez: Evelyn M. Queva Lezameta

Institución donde labora: Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja

Años de experiencia laboral y científica: 12


 Lic. Evelyn M. Queva Lezameta
 ENFERMERA INTENSIVISTA PEDIATRA
 C.E.P. 49891 R.N.E. 17104

Firma del juez
 (Firma y sello)

**CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO
DICTAMINADO POR EL JUEZ**

1.- ¿Estás de acuerdo con las características, formas de aplicación y estructura del instrumento?

Si (X) No()

Observaciones:.....
Sugerencias:.....

2.- ¿A un parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?

Si (X) No()

Observaciones:.....
Sugerencias:.....

3.- Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

Si () No(X)

Observaciones:.....
Sugerencias:.....

4.- Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

Si () No(X)

Observaciones:.....
Sugerencias:.....

5.- Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

Si (X) No()

Observaciones:.....
Sugerencias:.....

6.- ¿Las opciones de respuestas están suficientemente graduales y pertinentes para cada ítem o reactivas del INSTRUMENTO?

Si (X) No()

Observaciones:.....
Sugerencias:.....

FIRMA DEL JUEZ: 
Lic. Evelyn M. Cueva Lezameta
ENFERMERA INTENSIVISTA PEDIATRA
C.E.P. 49691 R.N.E. 17104

VALIDADO POR: Evelyn M. Cueva Lezameta.

FECHA: 20.10.24.

LISTA DE EVALUACION SOBRE: "Factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un Instituto de Lima, 2024"

INSTRUMENTO PARA FINES ESPECÍFICOS DE LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO (JUICIO DEL EXPERTO)

DIMENSIÓN	NUMERO	ÍTEMES	CLARIDAD		CONGRUENCIA		CONTEXTO		DOMINIO DEL CONSTRUCTO		SUGERENCIAS
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Reconocimiento de la relación	1	Mi familia comprende cuan cercano soy con los pacientes.	✓				✓		✓		
	2	Mis amigos comprenden cuan cercano soy con los pacientes.	✓				✓		✓		
	3	Mis compañeros de trabajo comprenden cuan cercano soy con los pacientes.	✓				✓		✓		
	4	Mis supervisoras comprenden cuan cercano soy con los pacientes.	✓				✓		✓		
	5	Los familiares de los pacientes comprenden cuan cercano soy con los pacientes.	✓				✓		✓		
Reconocimiento de la pérdida	6	Mi familia sabe que sufro cuando los pacientes fallecen.	✓				✓		✓		
	7	Mis amigos saben que sufro cuando los pacientes fallecen.	✓				✓		✓		
	8	Mis compañeros de trabajo saben que sufro cuando los pacientes fallecen.	✓				✓		✓		
	9	Mis supervisoras saben que sufro cuando los pacientes fallecen.	✓				✓		✓		
Inclusión en ritual funerario	10	Los familiares de los pacientes saben que sufro cuando su paciente fallece.	✓				✓		✓		
	11	Mi institución a menudo lleva a cabo rituales en memoria de pacientes que han fallecido.	✓				✓		✓		
	12	A menudo puedo asistir a los rituales en memoria que se llevan a cabo en mi institución.	✓				✓		✓		
Inclusión en ritual funerario	13	A menudo soy invitado a asistir a los rituales en memoria de los pacientes fallecidos, que se realizan fuera de mi institución.	✓				✓		✓		
	14	A menudo puedo asistir al funeral del paciente que fallece.	✓				✓		✓		
	15	Mi institución me mantiene informado acerca de los fallecimientos de los pacientes	✓				✓		✓		

FECHA: 20.10.24

VALIDADO POR: *Gudyn H. Cueva Legamienta*

Gudyn H. Cueva Legamienta
 Lic. Gudyn H. Cueva Legamienta
 ENFERMERA INTENSIVISTA PEDIATRA
 C.E.P. 4869 | R.N.E. 17104

FIRMA DEL JUEZ:

INSTRUMENTOS PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO

(JUICIO DE EXPERTOS)

El presente instrumento tiene como finalidad evaluar “Factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos” el mismo será aplicado en un Instituto de salud de Lima, quienes constituyen la muestra en estudio de la validación de la escala de Likert titulado **Factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un Instituto de Lima, 2024**”, el cual será posteriormente utilizado como instrumento de investigación.

INSTRUCCIONES

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, adecuación con textural y demonio del contenido. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presentado o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrece un espacio para las observaciones hubiera.

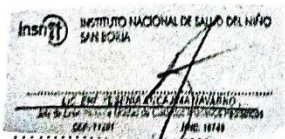
Juez n° : 08

Fecha actual: 11.10.24

Nombre y Apellido del juez: Yesenia Ancayina Navarro

Institución donde labora: Instituto Nacional de Salud del niño San Borja

Años de experiencia laboral y científica: 11



Firma del juez.
(Firma y sello)

LISTA DE EVALUACION SOBRE: "Factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidadores intensivos pediátricos de un Instituto de Lima, 2024"

INSTRUMENTO PARA FINES ESPECÍFICOS DE LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO (JUICIO DEL EXPERTO)

DIMENSIÓN	NUMERO	ÍTEMES	CLARIDAD		CONGRUENCIA		CONTEXTO		DOMINIO DEL CONSTRUCTO		SUGERENCIAS
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Reconocimiento de la relación	1	Mi familia comprende cuan cercano soy con los pacientes.	✓		✓		✓		✓		
	2	Mis amigos comprenden cuan cercano soy con los pacientes.	✓		✓		✓		✓		
	3	Mis compañeros de trabajo comprenden cuan cercano soy con los pacientes.	✓		✓		✓		✓		
	4	Mis supervisoras comprenden cuan cercano soy con los pacientes.	✓		✓		✓		✓		
	5	Los familiares de los pacientes comprenden cuan cercano soy con los pacientes.	✓		✓		✓		✓		
Reconocimiento de la pérdida	6	Mi familia sabe que sufro cuando los pacientes fallecen.	✓		✓		✓		✓		
	7	Mis amigos saben que sufro cuando los pacientes fallecen.	✓		✓		✓		✓		
	8	Mis compañeros de trabajo saben que sufro cuando los pacientes fallecen.	✓		✓		✓		✓		
	9	Mis supervisoras saben que sufro cuando los pacientes fallecen.	✓		✓		✓		✓		
Inclusión en ritual funerario	10	Los familiares de los pacientes saben que sufro cuando su paciente fallece.	✓		✓		✓		✓		
	11	Mi institución a menudo lleva a cabo rituales en memoria de pacientes que han fallecido.	✓		✓		✓		✓		
	12	A menudo puedo asistir a los rituales en memoria que se llevan a cabo en mi institución.	✓		✓		✓		✓		
	13	A menudo soy invitado a asistir a los rituales en memoria de los pacientes fallecidos, que se realizan fuera de mi institución.	✓		✓		✓		✓		
	14	A menudo puedo asistir al funeral del paciente que fallece.	✓		✓		✓		✓		
	15	Mi institución me mantiene informado acerca de los fallecimientos de los pacientes	✓		✓		✓		✓		



FECHA: 17.10.24
 VALIDADO POR: Yesenia Ancajuna Navarro

FIRMA DEL JUEZ: ...

INSTRUMENTOS PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO

(JUICIO DE EXPERTOS)

El presente instrumento tiene como finalidad evaluar “Factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos” el mismo será aplicado en un Instituto de salud de Lima, quienes constituyen la muestra en estudio de la validación de la escala de Likert titulado **Factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un Instituto de Lima, 2024**”, el cual será posteriormente utilizado como instrumento de investigación.

INSTRUCCIONES.

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, adecuación con textural y demonio del contenido. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presentado o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrece un espacio para las observaciones hubiera.

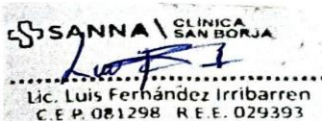
Juez n° : 09

Fecha actual: 19. 10. 24

Nombre y Apellido del juez: Luis Fernandez Iribarren.....

Institución donde labora: Clínica San Borja SANNA.....

Años de experiencia laboral y científica: 9

 Sanna CLINICA SAN BORJA

 Lic. Luis Fernández Iribarren
 C. E. P. 081298 R. E. E. 029393

Firma del juez
(Firma y sello)

**CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO
DICTAMINADO POR EL JUEZ**

1.- ¿Estás de acuerdo con las características, formas de aplicación y estructura del instrumento?

Si (X) No()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

2.- ¿A un parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?

Si (X) No()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

3.- Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

Si () No(X)

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

4.- Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

Si () No(X)

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

5.- Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

Si (X) No()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

6.- ¿Las opciones de respuestas están suficientemente graduales y pertinentes para cada ítem o reactivas del INSTRUMENTO?

Si (X) No()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....


.....
Lic. Luis Fernández Irribarren
C.E.P. 02.1298 R.E.E. 029393

FECHA:

VALIDADO POR: Luis Fernández Irribarren FIRMA DEL JUEZ: 19.10.24.....

LISTA DE EVALUACION SOBRE: "Factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un Instituto de Lima, 2024"

INSTRUMENTO PARA FINES ESPECÍFICOS DE LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO (JUICIO DEL EXPERTO)

DIMENSIÓN	NUMERO	ÍTEMOS	CLARIDAD		CONGRUENCIA		CONTEXTO		DOMINIO DEL CONSTRUCTO		SUGERENCIAS
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Reconocimiento de la relación	1	Mi familia comprende cuan cercano soy con los pacientes.	/		/		/		/		
	2	Mis amigos comprenden cuan cercano soy con los pacientes.	/		/		/		/		
	3	Mis compañeros de trabajo comprenden cuan cercano soy con los pacientes.	/		/		/		/		
	4	Mis supervisoras comprenden cuando cercano soy con los pacientes.	/		/		/		/		
	5	Los familiares de los pacientes comprenden cuan cercano soy con los pacientes.	/		/		/		/		
Reconocimiento de la pérdida	6	Mi familia sabe que sufro cuando los pacientes fallecen.	/		/		/		/		
	7	Mis amigos saben que sufro cuando los pacientes fallecen.	/		/		/		/		
	8	Mis compañeros de trabajo saben que sufro cuando los pacientes fallecen.	/		/		/		/		
	9	Mis supervisoras saben que sufro cuando los pacientes fallecen.	/		/		/		/		
	10	Los familiares de los pacientes saben que sufro cuando su paciente fallece.	/		/		/		/		
Inclusión en ritual funerario	11	Mi institución a menudo lleva a cabo rituales en memoria de pacientes que han fallecido.	/		/		/		/		
	12	A menudo puedo asistir a los rituales en memoria que se llevan a cabo en mi institución.	/		/		/		/		
	13	A menudo soy invitado a asistir a los rituales en memoria de los pacientes fallecidos, que se realizan fuera de mi institución.	/		/		/		/		
	14	A menudo puedo asistir al funeral del paciente que fallece.	/		/		/		/		
	15	Mi institución me mantiene informado acerca de los fallecimientos de los pacientes	/		/		/		/		

SANNA CLINICA SAN BORJA
 Lic. Luis Fernández Irribarren
 C.E.P. 081298 R.E.E. 029393

FECHA: 19.10.24
 VALIDADO POR: Luis Fernandez Irribarren

FIRMA DEL JUEZ:

Tabla B 1.

Coefficiente de validez de contenido mediante la prueba de V de Aiken de la Variable Apoyo Social..

CALIFICACIÓN DE LOS JUECES										
Ítem	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Juez 7	Juez 8	Juez 9	V DE AIKEN
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
V AIKEN GENERAL										1

En cuanto a la validez del instrumento, se aplicó el método de V de Aiken para evaluar el nivel de concordancia entre los jueces expertos respecto a la pertinencia, claridad y relevancia de cada ítem. Se obtuvieron valores de 1.00 en los 15 ítems evaluados, lo que indica que todos los ítems fueron calificados como totalmente adecuados por los evaluadores. El promedio general de la validez también fue de 1.00, lo que representa un grado de concordancia perfecto. Este resultado evidencia que el instrumento posee una alta validez de contenido, ya que existe un consenso unánime sobre la calidad de sus componentes.

Apéndice C: Confiabilidad de los Instrumentos

Tabla C 1.

Estadísticas de fiabilidad Alfa de Cronbach para la variable apoyo en duelo.

α	N
0,898	15

Tabla C 2.

Estadísticas de fiabilidad por dimensiones de la variable Apoyo en Duelo.

Factor	Ítems	α
Las tres dimensiones	15	0,898
Reconocimiento de la Relación	1 al 5	0,891
Reconocimiento de la Pérdida	6 al 10	0,884
Inclusión en ritual funerario	11 al 15	0,831

De acuerdo con los resultados obtenidos, el instrumento demuestra ser estadísticamente confiable, sustentado en un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.898. Este valor indica un alto nivel de consistencia interna entre los ítems del cuestionario, lo cual significa que las preguntas están alineadas y miden de manera coherente el constructo propuesto. En términos generales, una confiabilidad alta como esta respalda la estabilidad y precisión del instrumento para su aplicación en el contexto investigativo.

Apéndice D: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACION

TITULO: “Factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima,2024”

Por medio del presente documento, doy mi consentimiento para participar en la investigación científica con el propósito de plasmar respuestas a las preguntas realizada y que permita realizar una explicación clara sobre el trabajo a ejecutarse, así como rol que desempeñara en ella.

La presenta investigación será realizada por la Lic. Melani Katalin, Zarate Flores y el Lic. Jhonathan, De los Santos Mansilla, estudiantes de Segunda Especialidad de la Universidad Peruana Unión, el objetivo de esta investigación es Determinar los factores sociolaborales asociados al apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2024.

por otra parte, me han explicado también respecto a la información que yo proporcione, serán estéticamente de carácter confidencial, solamente para fines de investigación científica.

Por lo anterior, acepto de manera voluntaria, participar en dicho estudio, por lo tanto, dando señal de conformidad en Lima, a los:días del mes de..... de 2024

Firma del Participanter

Apéndice E: Matriz de consistencia

Título: “Factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima,2025”

Problema	Objetivos	Variables	Hipótesis	Metodología
Problema general	Objetivo general	Variable 1	Hipótesis general	Enfoque: cuantitativo Diseño: no experimental Tipo: básica Corte: transversal Nivel: Correlacional Población: 70 personal de salud de uci pediátrica Muestra: 30 personal de salud de uci pediátrica Técnica: encuesta Instrumento: V1: V2: Escala de apoyo en duelo en atención de salud” adaptada y validada por Vega et al. (2018) de la Encuesta “Grief Support Health care Scale”(GSHCS) desarrolla por (Anderson y Gaugler,2007).
¿Cuál es la asociación entre los factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025?	Determinar la asociación entre los factores sociolaborales y el apoyo en duelo en trabajadores de salud de la unidad de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025.	Factores sociolaborales	HG1: Existen asociación entre los factores sociolaborales y el apoyo en duelo en trabajadores de salud de la unidad de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025. HG0: No existen asociación entre los factores sociolaborales y el apoyo en duelo en trabajadores de salud de la unidad de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025.	
Problemas específicos	Objetivos específicos	Variable 2	Hipótesis específicas	
¿Cómo se presentan los factores sociolaborales en trabajadores de salud de	Identificar los factores sociolaborales en trabajadores de salud de cuidados intensivos	Apoyo en duelo	HE11: Existen factores sociolaborales en trabajadores de salud de cuidados	

<p>cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025? ¿Cómo es el apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025? ¿Cuál es la asociación entre los factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025? ¿Cuál es la asociación entre los factores laborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025?</p>	<p>pediátricos de un hospital de Lima, 2025. Identificar el apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025. Determinar la asociación entre los factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025. Determinar la asociación entre los factores laborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025.</p>		<p>intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025. HE10: No existen factores sociolaborales en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025. HE21: Existe apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025. HE20: No existe apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025. HE31: Existe asociación entre los factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025.</p>	
---	--	--	--	--

			<p>HE30: No existe asociación entre los factores sociolaborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025.</p> <p>HE41: Existe asociación entre los factores laborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025.</p> <p>HE40: No existe asociación entre los factores laborales y apoyo en duelo en trabajadores de salud de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de Lima, 2025</p>	
--	--	--	--	--

Apéndice F: Autorización institucional