

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

Facultad de Psicología



Significados atribuidos a la muerte y la experiencia de duelo por pérdida de
pacientes en residentes y asistentes de cirugía pediátrica de Lima

Metropolitana

Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Psicología que presenta:

Mariafé Miranda Castro

Asesor:

Jorge Diego Augusto Borja Chavez

Lima, 2025


INFORME DE SIMILITUD

Yo, Jorge Diego Augusto Borja Chavez, docente de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor de la tesis titulada: **Significados atribuidos a la muerte y la experiencia de duelo en residentes y asistentes de cirugía pediátrica de Lima Metropolitana.**

De la autora: Mariafé Miranda Castro dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 15%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el (30/10/2025). He revisado con detalle dicho reporte y confirmo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio alguno.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha: Lima, 30 de octubre del 2025

Apellidos y nombres del asesor: Jorge Diego Augusto Borja Chávez	
DNI: 73973231 ORCID: 0000-0001-5519-5077	Firma 

Agradecimientos

A mi familia, porque me han alentado y celebrado en cada logro, preguntando con curiosidad y acompañando con alegría. Especialmente a mi mamá, quien siempre me enseñó a buscar diversos caminos para no rendirme en alcanzar lo que anhelo.

A Jorge, mi asesor, porque su motivación, compañía y exigencia han sido importantísimas en todo este proceso. Gracias por guiarme, confiar en mis capacidades y permitirme explorar con amplitud en este mundo de investigación.

A mis amigos de la universidad, y ahora colegas, cuyo apoyo y compañía han sido esenciales en este camino de altibajos. Gracias por enseñarme que las mejores relaciones se construyen con presencia, actos y risas. Me alegra vernos ahora y reconocer que, tras tantas lecturas y anécdotas juntos, ahora hacemos un impacto positivo en nuestros respectivos campos.

A mis amigas del colegio, porque desde la distancia su aliento y risas me recuerdan que siempre están cuando las necesito. Ustedes me han visto crecer en edad y en sueños, alegrándose como si fueran sus propios logros. Estoy segura que vendrán muchos años más juntas, complementando nuestros caminos.

A cada residente y asistente pediátrico que participó de esta investigación, así como al personal de salud que trabaja día a día por el desarrollo y bienestar. Su esfuerzo y dedicación merece un reconocimiento que me he empeñado por honrar. Espero que esta investigación sea un pequeño avance hacia entornos hospitalarios más empáticos y humanizantes para ustedes.

Resumen

La presente investigación buscó explorar los significados atribuidos a la muerte y la experiencia de duelo por pérdida de pacientes en residentes y asistentes de cirugía pediátrica de hospitales públicos de Lima Metropolitana. Ello desde una metodología cualitativa a través de ocho entrevistas semiestructuradas y un análisis temático inductivo. Los resultados se agruparon en dos temas. El primero describe elementos contextuales como la cultura organizacional médica, la falta de un enfoque tanatológico en la formación y la escasez de recursos que pueden interferir negativamente en el duelo. Igualmente, presenta a la muerte como el fin inevitable de la vida, pero como una enemiga a vencer en la práctica médica como significados coexistentes en las personas participantes. El segundo tema presenta la vivencia de un duelo desautorizado de acuerdo con el vínculo mantenido, las manifestaciones identificadas; así como el uso de estrategias de afrontamiento enfocadas en evitación y emoción. Transversalmente, se destacaron divergencias en función al género y al tiempo de práctica clínica en las cuales los participantes varones y con menos tiempo en dicha práctica tendrían mayores dificultades para experimentar el duelo libremente. Este estudio contribuye a la comprensión del duelo en contextos sanitarios, cuyos resultados resaltan la necesidad de intervenir en la desestigmatización del duelo, así como en las barreras estructurales de la salud pública para mejorar el bienestar y desempeño de estos y estas profesionales.

Palabras Clave: significados de muerte, duelo desautorizado, cirugía pediátrica, salud pública

Abstract

This study aimed to explore the meanings attributed to death and the grief experiences following patient loss among pediatric surgery residents and attending physicians at public hospitals in Lima. This study employed a qualitative methodology using eight semi-structured interviews and an inductive thematic analysis. The findings were grouped into two themes. The first describes contextual elements such as the medical organizational culture, the lack of a thanatological approach in medical training, and the scarcity of resources that may hinder the grieving process. It also highlights two coexisting meanings of death among participants: one as the inevitable end of life, and another as an adversary to be defeated in medical practice. The second theme addresses the experience of disenfranchised grief, shaped by the nature of the professional bond with the patient, the manifestations of grief, and the use of coping strategies focused on avoidance and emotion. Cross-cutting differences emerged based on gender and years of clinical practice, with younger male physicians showing greater difficulty in freely experiencing grief. This research contributes to the understanding of grief in healthcare contexts, underscoring the need to address both the stigmatization of grief and the structural barriers in public health to improve healthcare workers' well-being and performance.

Keywords: meanings of death, disenfranchised grief, pediatric surgery, public health

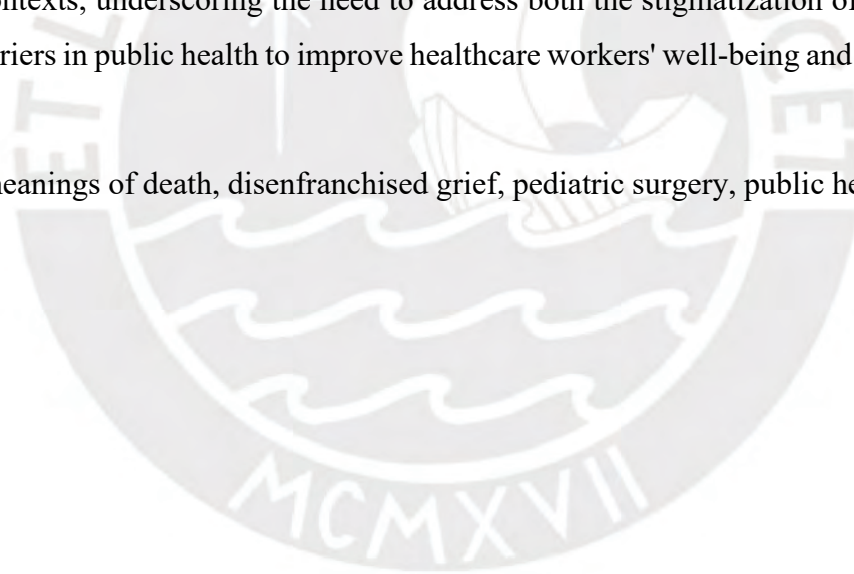


Tabla de contenidos

Introducción	1
Método	16
Participantes	16
Técnicas de Recolección de Información	18
Procedimiento	20
Análisis de resultados	22
Resultados y Discusión	23
Elementos Contextuales a la Experiencia de Duelo	24
Barreras del Entorno Hospitalario para el Duelo	24
¿Qué significa la muerte para mí?	29
Yo no perdí nada: Duelo desautorizado	32
La Huella del Vínculo con sus Pacientes	35
No somos de piedra	40
Afrontar la pérdida dentro y fuera del quirófano	49
Conclusiones	57
Referencias	62
Apéndices	77
Apéndice A - Consentimiento informado	77
Apéndice B - Protocolo de Contención de la Facultad de Psicología PUCP	79
Apéndice C - Ficha de datos sociodemográficos	86
Apéndice D - Guía de entrevista semiestructurada	87

Introducción

Durante la elección profesional, quienes aspiran a medicina anticipan su trabajo como satisfactorio pero demandante debido a las implicancias propias de la carrera y el enfrentamiento constante ante la muerte (Ávila, 2017; Navarro et al., 2017). En el Perú, la demanda comienza para el personal de salud, a través de un proceso competitivo para insertarse en el campo laboral. Primero, los y las profesionales de la salud tienden a elegir una rama de la medicina en la cual especializarse cuando finalizan los estudios de pregrado y el año obligatorio de servicio social en un centro médico de atención de primer nivel (Alarcón et al., 2020). Para ello, deben alcanzar una vacante en un programa de residencia de su elección a nivel nacional. Estos programas formativos tienen como objetivo capacitar en competencias específicas de diagnóstico e intervención en una especialidad particular dentro de un rango que abarca de tres a cinco años (Inga-Berrospi et al., 2016). Durante este periodo, comúnmente las edades de los y las residentes van desde los 26 hasta los 32 años (Inga-Berrospi et al., 2016).

En este contexto, la residencia puede realizarse en hospitales privados o públicos que ofrezcan el programa formativo. Estos últimos presentan condiciones que pueden significar un factor de riesgo para residentes. En las redes de salud pública se experimentan dificultades y deficiencias a nivel de infraestructura, salud ocupacional, remuneración económica, metodología docente, así como la excesiva carga y duración de la jornada laboral (Ayala-Servin y Torres-Romero, 2019; Inga-Berrospi et al., 2016). Tales aspectos se configuran como estresores que podrían afectar el proceso de aprendizaje en la residencia.

En esa misma línea, la acumulación de dichos estresores e implicancias laborales del campo médico pueden afectar gravemente la salud mental de residentes. En ese sentido, este sector del personal de salud presenta una alta incidencia de dificultades de salud mental como síntomas depresivos y síndrome de *burnout* asociados a la práctica médica (Alva et al., 2021). Dentro de los aspectos de riesgo identificados se encuentran la escasa regulación en la cantidad

de horas laboradas, realizar el residentado en hospitales públicos, entre otros (Chacaltana y Rojas, 2019).

En relación con ello, las diversas ramas médicas varían en indicadores como mortalidad, morbilidad, pacientes, objetivos, entre otros (Lazo et al., 2016). Esto puede implicar una experiencia diferente en cada rotación de pregrado. Por ende, la elección de la especialidad de la residencia es parte de una reflexión vocacional. Este proceso dinámico recibe influencias de las preconcepciones laborales, académicas y económicas de las especialidades, así como de la cultura organizacional del campo médico (Alarcón et al., 2020). Por tanto, puede presentarse una disonancia entre las expectativas de residentes y las demandas del programa de especialización.

Particularmente, la especialidad de cirugía pediátrica acompaña las diferentes etapas de la atención como el preoperatorio, el intraoperatorio y el postoperatorio de infantes, niños, niñas y adolescentes [NNA] menores de 14 años (Vivian, 2012). A nivel nacional, los principales índices de morbilidad pediátrica corresponden a la apendicitis y las enfermedades crónicas respiratorias en menores de 5 a 15 años (Instituto Nacional de Salud del Niño [INSN], 2018; Sisalima y Córdova, 2020). De manera similar, existe una alta incidencia de lesiones por quemaduras, caídas, envenenamiento, asfixia y traumatismos no accidentales en el tratamiento clínico durante la niñez (Byard, 2010). Por su parte, los indicadores de mortalidad pediátrica en el Perú se componen de traumatismos accidentales, tumores malignos, y enfermedades respiratorias (INSN, 2018).

En dicha especialidad, las y los residentes se enfrentan a desafíos emocionales y profesionales significativos en su práctica clínica diaria. La vulnerabilidad de pacientes se percibe con mayor intensidad dadas las diferencias entre pacientes infantiles y de edad adulta respecto al manejo de síntomas, la comunicación con la familia y las medidas de autocuidado (Trowbridge et al., 2020). De manera similar, la residencia pediátrica se encuentra dentro de

las formaciones especializadas con mayor necesidad de capacitación en cuidados paliativos (Wilson et al., 2018). Así, existe una exposición a situaciones en las que, a pesar de todos sus esfuerzos, no logran salvar la vida de sus pacientes (Vivian, 2012). Si bien la inminente posibilidad de la muerte es un reto transversal a las especialidades médicas, la dificultad particular de la cirugía pediátrica es lo que puede representar la pérdida de NNA para las familias involucradas y los equipos de salud.

Ante ello, el duelo se entiende como la respuesta multidimensional ante una pérdida objetiva o simbólica (Anderson y Gaulhen, 2007; Bayés, 2006; Stroebe et al., 2017). Este puede manifestarse mediante aspectos afectivos -como tristeza, enojo, frustración, miedo-, fisiológicos -como hipersensibilidad a los estímulos, dificultades para respirar y disminución de energía-, conductuales -como llanto, insomnio o aislamiento social-, cognitivos -como rumiación, confusión, dificultades de atención y memoria- u otras que se desencadenan de la pérdida (Bastidas y Zambrano, 2020; Worden, 1997). A partir de ello, el duelo conlleva una transformación cognitiva y social cuyo objetivo principal suele ser la adaptación al entorno sin el objeto perdido (Hibberd, 2013; Stroebe et al., 2017). De ese modo, el duelo es un proceso natural y esperable ante un cambio significativo en la realidad de la persona.

Propuestas como la de Kübler-Ross y Kessler (2005) en las cuales se postulan una serie de etapas frente a la pérdida -negación, ira, negociación, depresión y aceptación- no reflejan adecuadamente el proceso de duelo. Las perspectivas teóricas contemporáneas postulan que el duelo es un proceso continuo en lugar de etapas estructuradas dado que las personas que han experimentado una pérdida no siempre atraviesan dichas fases en un orden lineal (Stroebe et al., 2017). La imposición teórica de etapas puede resultar contraproducente ya que las personas pueden no percibirse listas o que necesitan pasar por dichas etapas para adaptarse a la pérdida de su paciente (Stroebe et al., 2017).

De acuerdo a las percepciones de profesionales de la salud, las circunstancias que

rodean la pérdida de pacientes suelen ser relevantes en el proceso de aceptación de la muerte. De tal manera, la frecuencia de mortalidad en la especialidad, el vínculo con su paciente, el sufrimiento prolongado por la enfermedad, las muertes inesperadas por deterioro rápido y la declaración del estado de fallecimiento -en tanto ellos y ellas lo hayan indicado- son factores que pueden intensificar la vivencia complicada del duelo (Álvarez et al., 2019). De ese modo, la muerte de pacientes puede derivar en una experiencia de pérdida con sentimientos de inadecuación, culpa, vergüenza y fracaso por la percepción negativa acerca de su habilidad para salvar al niño o la niña; además, en algunos casos puede presentarse como enojo y frustración dirigido a sus colegas y a familia (Seravalli, 1988).

En la misma línea, aunque los y las profesionales reconocen que no pueden controlar la enfermedad humana, perciben que es su responsabilidad mantener con vida a sus pacientes incondicionalmente (Seravalli, 1988). Ello puede ejercer diversas presiones en la vivencia del duelo. Con relación a ello, el entorno en el que suceden estas pérdidas puede ser invalidante dado que las necesidades y expresiones emocionales son minimizadas en la labor médica profesional. A partir de ello, el duelo desautorizado puede manifestarse ante la pérdida de pacientes. Este proceso se vive como un duelo “no autorizado” o “prohibido” cuando las condiciones o el objeto de pérdida no son reconocidos socialmente (Doka, 1999). De tal manera, se asocia la vivencia emocional a una falta de profesionalismo incompatible con la imagen del personal médico. Consecuentemente, el duelo por pacientes no se considera una pérdida significativa, lo cual puede dificultar el proceso adaptativo a la pérdida.

Según los resultados de una investigación a cargo de Zhang y colaboradores (2024), las enfermeras de cuidados intensivos de un hospital en China experimentaron culpa, impotencia y tristeza por las familias de sus pacientes. Del mismo modo, reportaron que el duelo profesional es percibido como signo de debilidad e incompetencia para la especialidad; por ende, reprimían sus emociones y se enfocaban en su siguiente paciente (Zhang et al., 2024).

Por su parte, Kopstick y colaboradores (2023) indagaron en los efectos de este duelo cuando no es elaborado adaptativamente. Así, reconocieron que residentes de pediatría estadounidenses acumulan respuestas emocionales intensas a lo largo de la práctica médica por la pérdida constante de pacientes si es que estas se afrontan de manera desadaptativa, lo cual tenía un impacto directo en su calidad de vida personal y laboral.

De modo similar, De Carvalho y colaboradores (2019) exploraron el duelo de manera cuantitativa y cualitativa. Sus resultados sugieren que, frente a la pérdida de pacientes, estudiantes y profesionales de Brasil experimentaron tristeza (48%); y una percepción significativa de naturalidad frente al evento (31%) con el pasar del tiempo. Mientras que estudiantes reportaron que no eran indiferentes a la muerte y la tristeza era latente, las y los profesionales de medicina indicaron que la naturalización de la muerte se vinculaba con la comprensión de que habían agotado sus recursos para ayudar a sus pacientes.

Particularmente en el afrontamiento al duelo, Stroebe y colaboradores (2017) proponen un modelo de procesamiento dual en el cual la persona transita intervalos en los que necesita distanciarse de la pérdida para adaptarse a nuevas tareas, asumir responsabilidades o modificar aspectos de su vida previos a la pérdida; y otros momentos en los que buscan reflexionar y acercarse al objeto para adaptarse a la ausencia. Por todo ello, es necesario comprender la vivencia y el afrontamiento que poseen las y los residentes de esta.

En esta misma línea, el objetivo de alcanzar la adaptación frente a la pérdida suele alcanzarse mediante mecanismos de afrontamiento. Lazarus y Folkman (1984) los conceptualizan como aquellos esfuerzos psicológicos a nivel cognitivo y conductual para manejar los requerimientos ambientales y situacionales que son percibidos como desbordantes frente a las capacidades de la persona. De acuerdo con estos autores, las diversas estrategias se pueden clasificar en tres tendencias: las enfocadas a la acción, que buscan resolver la situación vinculada al estresor para hacerlo desaparecer; las centradas en la emoción, que se

enfocan en reducir el impacto emocional de la situación; y las orientadas a la evitación, que buscan desconectar a la persona de la situación para limitar la angustia que esta puede generar.

Para evaluar el éxito de las estrategias de afrontamiento, debe considerarse la funcionalidad de la acción frente a la adaptación al estresor (Lazarus y Folkman, 1984). En ese sentido, no hay estrategias mejores que otras; en cambio, se espera que busquen la adaptabilidad y el alivio del malestar emocional causado por el duelo. Al mismo tiempo, el uso de estrategias múltiples que se encuentren categorizadas en diferentes estilos puede resultar útil para afrontar diferentes aspectos del duelo (Stroebe et al., 2017). Todo ello con la finalidad de evitar el impacto negativo a largo plazo en la persona por el estrés, que en este caso sería la pérdida.

Los y las profesionales de la salud utilizan diferentes mecanismos de afrontamiento frente a la pérdida de pacientes. Entre las estrategias emocionales más estudiadas para afrontar la muerte se encuentran el desapego emocional de pacientes y un retraimiento físico y emocional, ya que es necesario acostumbrarse a la idea de perder pacientes. Algunas de estas personas encuentran alivio en el humor como una forma de liberar la tensión, mientras que otras adoptan una actitud insensible y bloquean sus emociones para sobrellevar la situación y seguir adelante; sin embargo, reconocen que estas estrategias son mecanismos de defensa que reflejan el impacto real que el proceso de muerte tiene en ellos y ellas (Álvarez et al., 2019).

Además, buscan apoyo en su familia y, en menor medida, entre sus colegas de trabajo, aunque a menudo evitan discutir la muerte y los sentimientos que desencadena debido a las expectativas no expresadas en el entorno laboral (Álvarez et al., 2019). Esta actitud de involucramiento estrictamente profesional se refleja en otros estudios (De Carvalho et al., 2019).

En medio del contexto de duelo, es importante considerar que la muerte se compone de contenidos socioculturales que pueden facilitar u obstaculizar el tránsito del duelo (Bermejo

et al., 2016). De ese modo, las y los residentes atribuyen significados a la muerte de pacientes. Park y Folkman (1997) caracterizan los significados como contenidos cognitivos, afectivos y motivacionales sobre algún objeto particular en dos dimensiones. Así, los significados globales son las creencias y contenidos constantes a lo largo del tiempo, mientras que los significados situacionales son las valoraciones o atribuciones vinculadas a un evento específico que pueden variar o no de los significados globales. En el contexto de afrontamiento a la muerte, se espera que estos contenidos puedan incorporar la pérdida o flexibilizarse para acomodar la ausencia en el sistema de significados de la persona (Park y Folkman, 1997).

En relación con ello, es preciso examinar las principales fuentes que impactan en la construcción de los significados vinculados a la muerte en el contexto médico. Tales atribuciones se construyen a lo largo del estudio y práctica de la profesión a través de la cultura organizacional del campo médico. Esta se caracteriza por la primacía de un enfoque biomédico que entiende la enfermedad y la salud priorizando una explicación fisio-biológica (Ogden, 2023). Por ende, la enfermedad se percibe como un ente contra el cual luchar con base científica. En adición, en el imaginario colectivo actual se posee la imagen de que, desde el inicio de la carrera, el o la profesional de medicina debe aprender a distanciarse de su paciente y minimizar sus sentimientos para acostumbrarse a la pérdida (Álvarez et al., 2019; Navarro et al., 2017).

Del mismo modo, quien ejerce la medicina se percibe como una figura que controla la vida sobre la muerte. Por tanto, las y los profesionales pueden tener una actitud paternalista frente a su paciente al percibir que conocen lo que será mejor para su salud y bienestar, con lo cual se ignora su autonomía (Álvarez et al., 2019). Esta característica puede vincularse al desarrollo de concepciones de la muerte como fracasos personales para alcanzar la perfección en pro de pacientes (Whaley et al., 2023). Consecuentemente, la pérdida simboliza un fracaso personal en el desarrollo profesional y el ejercicio de dolor a las vidas de pacientes y sus

familias.

Por otro lado, existen una serie de aspectos formativos en el aprendizaje de la profesión que impactan en los significados vinculados a la muerte de pacientes. Los resultados de investigaciones en personal de salud en México indican que la ausencia de un programa o eje de formación particular en orientación sobre la muerte de pacientes conlleva a que residentes y estudiantes internalicen los modelos que observan en sus docentes. En ese sentido, la práctica médica y la referencia actitudinal de sus docentes impactan en el contenido de sus representaciones sobre la muerte y la pérdida, generando un ciclo de transmisión de significados (Álvarez et al., 2019).

Tal formación también es escasa en los modelos dentro del proceso de aprendizaje. Cuando los estudiantes perciben una gran presión de sus docentes por mantener con vida a sus pacientes, internalizan que deben transmitir seguridad (Touchie et al., 2014; Whaley et al., 2023). De ese modo, es posible considerar que se empeñan en tomar medidas necesarias para que sus pacientes no alcancen la muerte por la presión percibida de sus docentes. Ello puede conllevar una serie de tratamientos agresivos e innecesarios al paciente.

Con relación a los significados atribuidos a la muerte y la experiencia de pérdida de pacientes, es escasa la literatura actualizada que las vincula. A nivel internacional, Wen y colaboradores (2023) exploraron con una propuesta fenomenológica el impacto de la muerte de pacientes. Para ello, se trabajó con 18 residentes de cirugía pediátrica en un hospital canadiense, durante el inicio de su programa formativo.

Los principales hallazgos de dicha investigación sostienen que la muerte generaba un impacto emocional significativo, tanto inmediato como retardado en manifestaciones emocionales como sentimientos de culpa, miedo, preocupación, shock y tristeza; manifestaciones cognitivas como reflexiones profundas sobre su papel como residentes en el cuidado de pacientes, y el planteamiento de cambiarse de especialidad clínica. Los impactos a

nivel conductual se vinculan al afrontamiento en la hipervigilancia de síntomas en próximos pacientes, evitación de casos similares y disminución autopercebida en la empatía a lo largo de la formación médica (Wen et al., 2023). Estas vivencias fueron intensas porque este grupo de residentes tenían pensamientos recurrentes sobre la posibilidad de un resultado más favorable para sus pacientes si hubieran decidido de manera diferente (Wen et al., 2023). Estos resultados se vincularían con la imagen del personal de medicina considerando las pérdidas como fracasos laborales.

En la región latinoamericana, Rosado y Varas (2019) exploraron fenomenológicamente las concepciones, vivencias y el afrontamiento de enfermeras de oncología pediátrica en Puerto Rico. En esta investigación, describieron la experiencia de duelo como un proceso complejo a partir de la creencia compartida por las participantes de que la enfermedad es catastrófica e injusta para los niños, niñas y sus familias. Esta percepción de injusticia se ve exacerbada por la tristeza que experimentan al ver a NNA enfrentar enfermedades que no comprenden completamente por su etapa de desarrollo.

Además, se observó que a veces surge el deseo de acompañar al niño o niña en su enfermedad, ya que se espera esa actitud de empatía por parte de profesionales de la salud. Esto puede llevar a un vínculo emocional con pacientes con lo cual experimentaban principalmente tristeza y empatía ante la pérdida del NNA. Esto puede manifestarse con particularidad en casos de enfermedades crónicas, en los que suele establecerse una relación más prolongada y cercana (Rosado y Varas, 2019).

En términos de afrontamiento, se encontró que la espiritualidad, el soporte emocional y el desapego emocional fueron las estrategias más utilizadas para evitar experimentar la tristeza de manera frecuente (Rosado y Varas, 2019). Es importante destacar que todas las participantes eran mujeres, y dentro de sus estrategias se identifica una mayor apertura para hablar con otras enfermeras y compartir sus emociones. Por el contrario, se observó que, en el

caso de los médicos, existe una mayor reticencia a expresar estas emociones y a buscar apoyo en colegas, por la imagen que deben mostrar de sí mismos como un profesional competente (Álvarez et al., 2019). Es pertinente acotar cómo ambos hallazgos podrían estar reflejando estereotipos de género tradicionales sobre las emociones en el entorno de la salud.

Por su parte, Álvarez y colaboradores (2019) examinaron las tres variables -los significados atribuidos a la muerte, el duelo y la estrategias de afrontamiento- de manera integral en residentes de oncología. En cuanto a los significados, se observó una percepción de la muerte como un enemigo a vencer, lo cual se reflejaba en las acciones y reacciones de residentes, como su persistencia en ofrecer tratamientos a pesar de las bajas probabilidades de éxito. Con ello, la muerte tenía un impacto en sus creencias de autoeficacia profesional, asociadas a la culpa y la tristeza. Así, los y las residentes se enfrentaron a la imagen de fracaso laboral, sintiéndose responsables de ofrecer algo más a su paciente incluso cuando las posibilidades eran escasas.

Frente a ello, algunas de las personas participantes encontraron útil reprimir sus emociones dado que sentirse afectadas por la muerte no es lo que se espera de su rol profesional (Álvarez et al., 2019). Con el tiempo, esta experiencia frecuente de pérdida se transformó, transitando de la percepción de la pérdida como fracaso a entender la muerte de sus pacientes como algo natural del trabajo, adquiriendo un significado más global.

Sin embargo, no se han encontrado investigaciones que exploren el duelo y los significados atribuidos a la muerte de pacientes en residentes ni profesionales de medicina en el contexto peruano. Adicionalmente, no hay mayor exploración estadística ni representativa sobre la prevalencia de la problemática, la cual demanda un cambio para que los y las residentes puedan sentirse con mayor preparación al enfrentarse a esta experiencia de pérdida de pacientes (Granek et al., 2016; Kopstick et al., 2023).

Con relación a ello, el estudio en esta población a nivel cualitativo permite comprender

una implicancia laboral frecuente para los y las residentes, lo cual es esencial para promover cambios estructurales en el campo educativo y formativo. Por un lado, los resultados de esta investigación pueden ser fuente de impulso para el desarrollo de cambios en el currículo médico. Esto debido a que los resultados de múltiples investigaciones sostienen que quienes participan en los estudios de pregrado, el internado y la residencia no sienten que cuentan con la preparación suficiente para experimentar y afrontar la muerte de sus pacientes pues no es un eje abordado explícitamente durante su formación (Álvarez et al., 2019; Granek et al., 2016; Kopstick et al., 2023; Trowbridge et al., 2020). Esto resulta importante dado que la mortalidad en el área pediátrica es alta y vivida como una pérdida constante por las enfermedades congénitas o crónicas, así como el vínculo que se desarrolla con pacientes y las familias (Álvarez et al., 2019; Vivian et al., 2012; Wen et al., 2023).

Por otro lado, un cambio estructural importante a abordar con los resultados de esta investigación es el contenido sobre la figura del personal de la salud dentro de la cultura organizacional. De ese modo, es importante cuestionar los discursos y prácticas que se difunden dado que los efectos de la problemática impactan directamente en la calidad del cuidado médico que se brinda a cada paciente y en la cultura internalizada por estudiantes y profesionales de la salud (Álvarez et al., 2019; Navarro et al., 2017). Así, la promoción de una cultura de apoyo y cuidado emocional beneficia tanto a profesionales de medicina como a sus pacientes.

En la misma línea, la comprensión del impacto de la experiencia de duelo y la manera de enfrentarla pueden conllevar al desarrollo pertinente de medidas esenciales para fomentar la aceptación de las pérdidas frecuentes. Todo ello con la finalidad de fomentar el uso predominante de mecanismos adaptativos en residentes. Esto, a su vez, lleva a una mejora en su salud ocupacional que favorece una mejor calidad de vida en este grupo profesional (Bajaj et al., 2023; Divakar et al., 2023).

De modo similar, los resultados de esta investigación pueden ser relevantes para fomentar la prevención cuaternaria en la práctica médica. Esta comprende las diversas estrategias para reducir o evitar la mala praxis y las intervenciones innecesarias (Nino y Reyes, 2016). De acuerdo con los resultados de Álvarez y colaboradores (2019) así como de Wen y colaboradores (2013), las creencias que el personal de medicina sostenga van a influir en la ejecución de procedimientos médicos, quirúrgicos y agresivos para el cuerpo infantil. Todo ello se vincula a los intentos de los y las residentes por poder controlar la pérdida y reducir la atribución de fracaso laboral. Por lo tanto, estos cuestionamientos pueden favorecer una mejor calidad en la atención y tratamiento médico.

De manera general, las experiencias de duelo han sido exploradas con un enfoque en la comprensión de la vivencia y las estrategias de afrontamiento empleadas por el personal de salud (Chen et al., 2022; Granek et al., 2014, 2016; Jones y Finlay, 2013; Wen et al., 2023). En contraste, existe escasa literatura teórica y empírica que ahonde en la vinculación entre los significados atribuidos a la muerte y la experiencia de duelo en pacientes en el personal de salud (Álvarez et al., 2019; De Carvalho et al., 2019, Gaona et al., 2015; Kopstick et al., 2023). Esto resulta relevante ya que se ha identificado que las experiencias afectivas se relacionan con la atribución de significados de un evento particular (Álvarez et al., 2019). De ese modo, la manera en la que el personal de salud conciba la experiencia de pérdida requiere una exploración particular que contribuirá al conocimiento científico.

De manera similar, existe una tendencia a investigar la experiencia de duelo principalmente en la especialidad oncológica con enfermeras (Anderson y Gaulhen, 2007; Rosado y Varas, 2019, Vega et al., 2017), profesionales de clínica y cirugía (Álvarez et al., 2019; De Carvalho et al., 2019) y, en menor medida, en residentes (Granek et al., 2016; Wen et al., 2023). Esto se debe a la alta incidencia y mortalidad de pacientes de oncología y el constante contacto con la muerte que implica la especialidad. Sin embargo, no se ha explorado

la experiencia particular de residentes de cirugía pediátrica quienes, a diferencia de la rama oncológica, pueden experimentar la vivencia de manera abrupta con mayor frecuencia (Wen et al., 2023).

En adición, los y las residentes pasan por un proceso de aprendizaje mientras tienen a cargo la enseñanza del programa de internado. Esto puede representar un estresor significativo que podría impactar en los significados que atribuyen a su vivencia particular (Álvarez et al., 2019). En esa misma línea, es común que durante el residentado tengan exposición a múltiples estresores por la alta demanda física y emocional de su labor, lo que suele derivar en el agotamiento emocional (Bajaj y Reed, 2022). Todo lo detallado puede afectar los significados y estos, a su vez, la vivencia del duelo por las condiciones particulares de la población, a diferencia de quienes trabajan en otras especialidades (De Carvalho et al., 2019; Rosado y Varas, 2019).

A pesar de los estudios previos identificados sobre el duelo en profesionales de la salud, es preciso destacar que la mayoría de las investigaciones cuentan con participantes norteamericanos (Kopstick et al., 2023; Trowbridge et al., 2020), europeos y canadienses (Granek et al., 2016). De ese modo, se requiere explorar los significados y experiencia de duelo interculturalmente pues las diferencias culturales y socioeconómicas entre países desarrollados y en vías de desarrollo generan impacto en la experiencia del sistema de salud (Lazo et al., 2016). Esto resalta la importancia de explorar la problemática en diferentes contextos culturales.

De manera similar, tampoco se han encontrado investigaciones específicas que aborden este tema en profesionales de medicina o residentes de cirugía pediátrica en hospitales públicos de Lima Metropolitana. En ese sentido, las diferencias son significativas en las condiciones laborales y educativas de los hospitales públicos y privados (Nieto et al., 2016). En entornos públicos peruanos, existe menor regulación sobre las condiciones económicas, jornada y carga

laboral de residentes (Lazo et al., 2016). Consecuentemente, si las condiciones educativas y laborales son deficientes, el rendimiento del personal de salud en contextos exigentes puede afectarse (Inga-Berrospi et al., 2016).

Adicionalmente, no se han identificado estudios comparativos entre residentes en diversas etapas de su formación en ninguna especialidad. Ávila (2017), Granek y colaboradores (2016), al igual que Wen y colaboradores (2023) han identificado que profesionales con mayor experiencia emplean estrategias de afrontamiento caracterizadas por la evitación, distanciamiento emocional y deshumanización de pacientes. Tales estrategias aparecen como la consecuencia de una exposición frecuente a la muerte y la interacción de las creencias de un modelo biomédico que reduce la salud a la dimensión biológica. Este vacío comparativo en la literatura debe ser explorado ya que hay una transformación en el proceso de afrontamiento conforme aumentan las pérdidas, lo cual resalta la necesidad de investigar cómo este proceso puede influir en su práctica médica.

Por todo lo descrito, la presente investigación tiene como objetivo general explorar los significados atribuidos a la muerte y la experiencia de duelo por pérdida de pacientes en médicos residentes y asistentes de cirugía pediátrica en hospitales públicos de Lima Metropolitana. Específicamente, se busca examinar el contenido y el origen de los significados atribuidos a la muerte en las y los participantes, describir sus estrategias de afrontamiento frente a las experiencias de duelo por pacientes, así como conocer las convergencias y divergencias de estos procesos en función al género y al tiempo de práctica profesional.

En busca de cumplir los objetivos planteados, se realizará una investigación cualitativa a partir de un marco epistemológico fenomenológico y un diseño fenomenológico interpretativo. Dicha alternativa permite ahondar en la exploración de sus vivencias subjetivas, por lo cual se pueden abordar perspectivas, percepciones, creencias y sentimientos (Pistrang y Barker, 2012). De ese modo, es posible examinar la experiencia de duelo de residentes

empleando un enfoque subjetivo que reconozca la singularidad de las personas participantes. Similarmente, permite una amplia comprensión de la estructura temática que compone las redes de significado (Braun y Clarke, 2006). De esa manera, es posible caracterizar con profundidad los significados que tiene la muerte y la vivencia del duelo particulares a este contexto y esta población.



Método

Participantes

Las y los participantes de la presente investigación fueron 4 residentes y 4 profesionales de cirugía pediátrica de hospitales públicos en Lima Metropolitana, siendo 3 mujeres y 5 hombres. La edad del grupo de residentes oscilaba entre los 29 y 31 años ($M = 29.5$, $DE = 1.29$), mientras que para el grupo de asistentes el rango abarcó desde 47 hasta 61 años ($M = 52.00$, $DE = 7.57$). Del total de participantes, el 87.5% reportó pertenecer a alguna religión siendo la mayoría del catolicismo, seguido del cristianismo.

Tabla 1

Información sociodemográfica de participantes

Edad	Género	Religión	Universidad	Cargo	Horas promedio de labor semanal
28	Femenino	Catolicismo	Privada	Residente de primer año	70
29	Masculino	Cristianismo	Pública	Residente de primer año	70
31	Femenino	Agnosticismo	Privada	Residente de segundo año	95
30	Masculino	Cristianismo	Privada	Residente de tercer año	100
47	Femenino	Catolicismo	Privada	Asistente	65
47	Masculino	Catolicismo	Privada	Asistente	38
51	Masculino	Catolicismo	Pública	Asistente	38
63	Masculino	Catolicismo	Pública	Asistente	36

Los criterios de inclusión para el estudio consistieron en ser mayores de edad, encontrarse o haber culminado un programa de residencia de un hospital público de Lima Metropolitana y pertenecer a la especialidad de cirugía pediátrica. Esto se debe a que las condiciones de mortalidad, morbilidad y vínculo tanto con pacientes como con su familias se diferencian de otras especialidades debido al trabajo con NNA (Wilson et al., 2018). Particularmente, esta se caracteriza por un manejo y comunicación adaptado de síntomas al niño o niña y a la familia, así como un acompañamiento que consolida un vínculo profesional-paciente más cercano, lo cual puede impactar en la experiencia de duelo (Trowbridge et al.,

2020).

Por el contrario, los criterios de exclusión implicaron el reporte de no tener contacto pre y/o post operatorio con pacientes o sus familias dado que ello limita la interacción con el NNA y dificulta la consolidación del vínculo profesional-paciente (Trowbridge et al., 2020), haber experimentado una pérdida vincular significativa en los últimos 6 meses antes del estudio y tener la especialidad de cirugía pediátrica como segunda residencia. El último criterio permitió diferenciar la variable del tiempo, ya que una mayor experiencia en el campo médico podría implicar una mayor experiencia ante las pérdidas para los y las residentes (Marcos et al., 2021).

Adicionalmente, la técnica de bola de nieve fue implementada para el proceso de conformación del grupo de participantes, de modo que se eligieron las primeras personas entrevistadas a partir de una convocatoria abierta y que, a su vez, estas puedan invitar a otras que cumplan los criterios de inclusión (Vehovar et al., 2016). Por último, se empleó el criterio de saturación para establecer la cantidad de participantes final, según el cual se espera que la búsqueda de casos se detenga cuando no se identifique información nueva en las y los participantes (Martínez, 2012).

Con relación a los criterios éticos, las prácticas de esta investigación se delimitaron bajo los principios de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2017). En primer lugar, bajo el principio de respeto a los derechos y la dignidad de la persona (APA, 2017) se presentó y explicó el consentimiento informado a cada participante (Apéndice A). Dicho documento detalla el carácter voluntario de la participación, la libertad de no responder alguna de las preguntas o de retirarse de la investigación en cualquier etapa sin que ello le perjudique y la autorización para la grabación de las entrevistas en la plataforma virtual *Zoom*; así como el derecho a la devolución de resultados mediante un evento académico público y una infografía. Del mismo modo, se solicitó el consentimiento informado de manera oral para que pueda

quedar grabado, en este espacio se explicó que la información obtenida fue analizada de manera grupal y será eliminada posteriormente luego de un periodo no mayor a 5 años. El consentimiento también incluía los datos de comunicación tanto de la investigadora como del asesor a cargo ante cualquier consulta que pudiera surgir sobre su participación. Con todo ello, las personas participantes pudieron decidir informadamente sobre su involucramiento en el estudio.

De manera particular al principio de beneficencia y no maleficencia (APA, 2017), se utilizaron pseudónimos para mantener en confidencialidad las identidades y la información recogida. Para el proceso de entrevistas, se emplearon los lineamientos necesarios para su aplicación virtual y el uso de un protocolo de contención emocional (Apéndice B), el cual cuenta con una serie de recursos de derivación de ser requeridos por las personas entrevistadas. Este protocolo estaba adaptado ante las potenciales movilizaciones que pudieran emerger, sin que resultara necesario su uso durante las entrevistas. En relación con ello, con la finalidad de no comprometer el bienestar de los y las participantes, se excluyó del estudio a quienes reportaron experimentar una pérdida personal y significativa en sus vidas en los últimos seis meses.

Técnicas de Recolección de Información

Con la finalidad de recopilar la información necesaria se diseñó una Ficha de datos sociodemográficos (Apéndice C) para recoger información que permita tanto caracterizar a las y los participantes como determinar si cumplen los criterios de inclusión de la investigación. Esta aborda la edad, género, religión, especialidad y etapa de residencia, centro de residencia, universidad de procedencia, cantidad de horas laboradas a la semana y experiencias de duelo personal recientes.

En adición, se construyó una Guía de Entrevista semiestructurada (Apéndice D) congruente con los objetivos de la investigación. Esta se compone de una serie de preguntas

organizadas temáticamente que permiten a la investigadora examinar a profundidad las respuestas de las personas participantes y adaptarse a los temas que pueden emerger durante la exploración (Díaz- Bravo et al., 2013). De ese modo, la entrevistadora tiene como objetivo principal incitar la expresión del participante (Pistrang y Barker, 2012).

La guía de entrevista final contiene una sección de *rapport*, 15 preguntas divididas en dos ejes temáticos y un espacio de cierre. El primer eje temático explora los significados atribuidos a la muerte desde la práctica médica y el origen de los mismos. El segundo aborda las experiencias de duelo por la pérdida de pacientes, así como las estrategias de afrontamiento que emplean en estas circunstancias. Además, para residentes de último año y asistentes, se añadió una sección al final de cada bloque con 2 preguntas que buscaban explorar sus perspectivas sobre los cambios que pudieron atravesar a lo largo de la residencia en función a las variables estudiadas. Es importante destacar que el bloque de experiencias de duelo inicia con preguntas indirectas a partir de un caso hipotético. De acuerdo con Borrill y colaboradores (2012), este tipo de preguntas permite el distanciamiento de las personas participantes de la sensación de ser evaluadas y que puedan expresarse libremente por medio de personajes de ficción.

Respecto al proceso de construcción del instrumento, este se ejecutó a partir de una exhaustiva búsqueda bibliográfica para identificar los aspectos esenciales a indagar. Con relación a la calidad de la técnica de recolección, la versión inicial de la guía fue validada mediante el juicio de expertos/as (Garrote y Rojas, 2015), en la cual tres profesionales revisaron las preguntas empleando criterios de pertinencia, coherencia y claridad. Además, la retroalimentación incluyó comentarios para afinar el instrumento. Con ello se eliminaron 3 preguntas y se reorganizó la estructura de la guía de entrevista.

Previo a la aplicación oficial, se realizó una entrevista a un participante que cumpliera con los criterios de inclusión a modo de prueba piloto. Al finalizar, se le consultó sobre su

percepción y oportunidades de mejora. De ese modo, se modificó la guía para mejorar su comprensión y capacidad de recojo de información.

Procedimiento

Cuando la guía de entrevista incluyó los ajustes de la prueba piloto, se publicó la convocatoria en plataformas web y luego de contactar al primer residente, inició la difusión por bola de nieve. Las personas interesadas llenaron una ficha de datos sociodemográficos para comunicar su intención de participar en el estudio. A partir de dicha información, se contactó a cada participante vía telefónica para agendar una entrevista virtual. Posteriormente, se envió un recordatorio a las personas seleccionadas, indicando que reserven el tiempo de 60 minutos, que se encuentren en un lugar privado, sin muchas distracciones, con poco ruido y con una conexión estable a internet para el desarrollo de la entrevista, de acuerdo con los protocolos éticos de entrevistas virtuales.

La sesión de entrevista inició con la lectura y explicación del consentimiento informado, para que el o la participante comprenda la implicancia de su proceso en la investigación. Después de ello, se inició la grabación y se obtuvo el consentimiento informado oral. De ese modo, se aplicó la guía de entrevista. Al finalizar este proceso y con la finalidad de proporcionar la devolución de resultados, se mantuvo contacto con cada participante que deseaba conocer los resultados.

El procedimiento y diseño descrito se enmarca en un paradigma fenomenológico que permite ahondar en la exploración de las vivencias subjetivas de las personas participantes, por lo cual se pueden abordar sus perspectivas, percepciones, creencias y sentimientos (Pistrang y Barker, 2012). De ese modo, es posible examinar la experiencia de duelo de residentes empleando un enfoque subjetivo que reconozca la singularidad de quienes participan en la investigación. Similarmente, permite una amplia comprensión de la estructura temática que compone las redes de significado (Braun y Clarke, 2012). De esa manera, es posible

caracterizar con profundidad los significados sobre la muerte y la vivencia del duelo particulares a este contexto y esta población.

En relación con ello, para asegurar la calidad de estudio, este se fundamenta en la coherencia de sus cuatro niveles. De manera particular, el nivel ontológico comprende el duelo como una construcción subjetiva, el nivel epistemológico utiliza la fenomenología para acceder a dicha vivencia, el nivel axiológico busca reconocer el rol de la investigadora frente al proceso y para el nivel metodológico se eligió el diseño fenomenológico interpretativo. Se buscó que esta alineación fuera consistente con el paradigma fenomenológico seleccionado para explorar el fenómeno.

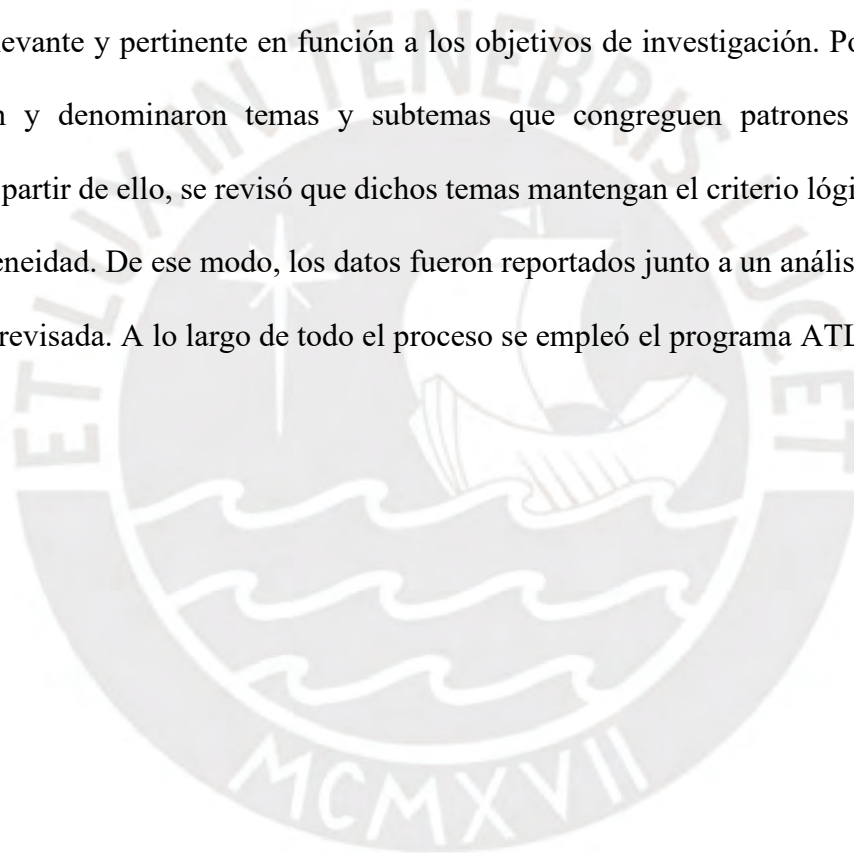
En ese sentido, es fundamental reconocer la influencia de las expectativas, sesgos y presuposiciones de la investigadora al interpretar los resultados del estudio (Manterola y Otzen, 2015). Con relación a ello, la investigadora se posiciona como una agente externa al campo clínico-hospitalario y específicamente a la cirugía pediátrica, de modo que no pertenece a la cultura médica interna. Igualmente, reconoce que parte de una presuposición teórica que el duelo es una experiencia poco visibilizada en este entorno. Esto supone una vigilancia activa durante el análisis para no forzar los datos y permanecer abierta a vivencias que contradigan esa premisa.

En cuanto a la relación entre participantes e investigadora, se promovió una relación basada en la horizontalidad y el reconocimiento de saberes, lo cual permitió favorecer el proceso de construcción del conocimiento y el análisis posterior de los datos (Strauss y Corbin, 2002). Similarmente, se reconoce que cada participante puede tener expectativas o preconceptos propios sobre los roles y la experiencia de la investigadora en calidad de estudiante de psicología. Así, la percepción de profesionalismo y autoridad podría crear una jerarquía en las entrevistas (Núñez y Santamaria, 2017). Para evitar ello, se destacó el rol de la investigadora como facilitadora de la discusión, de modo que las personas participantes

perciban que sus opiniones son valoradas y se expresen abiertamente sobre el duelo.

Análisis de resultados

Para el análisis de la información recopilada, se transcribieron las entrevistas y se empleó la técnica de análisis temático inductivo (Braun y Clarke, 2012) que permite reconocer, agrupar y examinar las redes de significado común en los discursos de participantes. Para ello, se usarán las fases indicadas por Braun y Clarke (2012). Primero, se leyeron minuciosamente las entrevistas para la familiarización necesaria. Segundo, se codificó descriptivamente el contenido relevante y pertinente en función a los objetivos de investigación. Posteriormente, se agruparon y denominaron temas y subtemas que congreguen patrones similares de respuestas; a partir de ello, se revisó que dichos temas mantengan el criterio lógico, jerárquico y de heterogeneidad. De ese modo, los datos fueron reportados junto a un análisis contrastado con la teoría revisada. A lo largo de todo el proceso se empleó el programa ATLAS.ti versión 9.



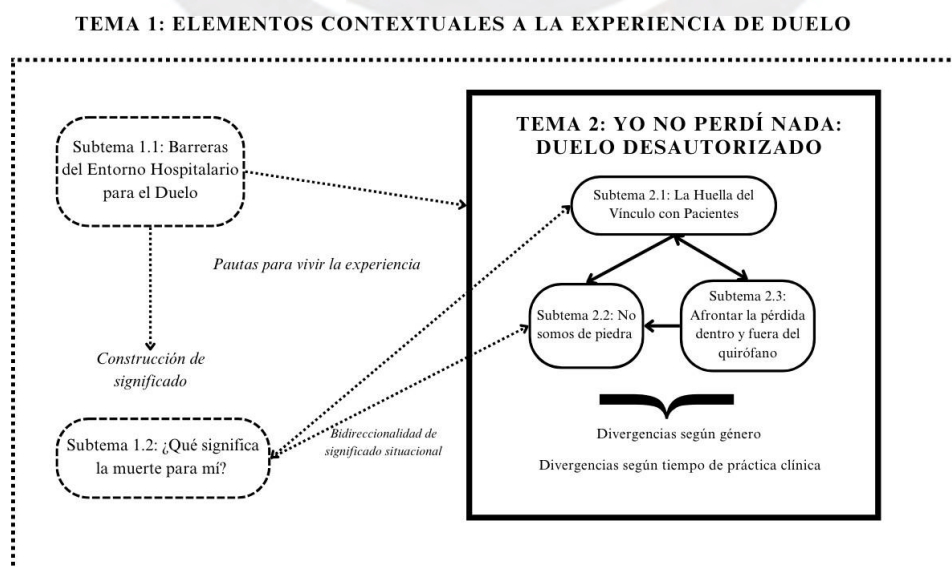
Resultados y Discusión

La presente investigación buscó explorar los significados atribuidos a la muerte y la experiencia de duelo por pérdida de pacientes en médicos residentes y asistentes de cirugía pediátrica en hospitales públicos de Lima Metropolitana. De manera específica se deseaba examinar el contenido y el origen de los significados atribuidos a la muerte, describir las estrategias de afrontamiento frente a las experiencias de duelo, así como conocer las convergencias y divergencias de estos procesos en función al género y al tiempo de práctica profesional. La información recopilada en las ocho entrevistas permitió identificar dos temas que serán presentados y discutidos en función a la revisión de literatura actual.

El primer tema identificado fue “Elementos contextuales a la experiencia de duelo” cuyos subtemas son "Barreras del Entorno Hospitalario para el Duelo" y “¿Qué significa la muerte para mí?”. Estos elementos rodean la experiencia de duelo identificada en el segundo tema “Yo no perdí nada: Duelo desautorizado”, el cual aborda la vivencia desde los subtemas “La Huella del Vínculo con Pacientes”, “No somos de piedra” y “Afrontar la pérdida dentro y fuera del quirófano”. La relación entre los temas se muestra en el Gráfico 1.

Gráfico 1

Temas y subtemas



Elementos Contextuales a la Experiencia de Duelo

El primer tema congrega diferentes elementos del entorno que rodean la experiencia de duelo pediátrico. Sus subtemas describen las características sociales que rodean la vivencia del duelo, así como los significados que las y los participantes atribuyen a la muerte en el contexto hospitalario.

Barreras del Entorno Hospitalario para el Duelo

A lo largo de los discursos se identificaron una serie de características y/o valores inherentes al trabajo médico que pueden limitar la experiencia de duelo. Una de estas es la preservación de la imagen profesional como uno de los ejes importantes dentro de su identidad y labor médica. En este marco, indican que la expresión emocional se asocia a menudo con una supuesta reducción de habilidades, y solo emociones como la adrenalina podrían ser válidas dentro del entorno profesional. Igualmente, predomina la percepción de que el hospital no es un espacio adecuado para expresar emociones, por lo que el personal médico desea proyectar fortaleza frente a colegas y pacientes. Sin embargo, las y los participantes atribuyen esto a una norma profesional que no es exclusiva del ámbito médico.

[...] Yo puedo expresar cómo me siento en mi casa, pero ahorita estoy en el hospital. Y acá nosotros somos responsables, no podemos estar haciendo locuras en el hospital [...]. Simplemente que no es el lugar, porque también el paciente o el resto puede decir “este doctor, esta doctora no se sabe comportar”. (Mujer, Residente de segundo año, 29 años)

Porque si tú te muestras en el ámbito laboral como emocional, es visto como no serio, genera desconfianza en tus colegas, en tus pares. ¿No? En el personal a tu cargo y en tus pacientes. Si el paciente no confía en ti, no lo puedes tratar bien. (Mujer, Asistente, 47 años)

De ese modo, la exigencia de mantener una imagen profesional sólida refuerza normas

culturales que minimizan la vivencia emocional del personal de salud. Esto puede comprenderse a través del concepto de trabajo emocional propuesto por Hochschild (1983), en el cual los entornos laborales tienen reglas emocionales organizacionales que buscan maximizar la productividad. Entonces, las y los trabajadores deben regular sus afectos para responder a las demandas laborales, aun cuando estas conflictúan con su vivencia personal.

Un ejemplo de ello es la clasificación polarizada de las emociones descrita por las y los participantes. Este proceso tiene como resultado una validación social únicamente a aquellas emociones asociadas con la eficiencia y la acción rápida en situaciones críticas, como la adrenalina (Hemmings, 2018), mientras que emociones como la tristeza o el miedo son percibidas como una vulnerabilidad que podría obstaculizar el ejercicio profesional. Así, se validan sólo aquellas que responden a las exigencias del entorno laboral.

En este caso, las demandas del trabajo y del entorno implican limitar la emocionalidad para reflejar fortaleza y competencia frente a pacientes y colegas (Álvarez et al., 2019). Esto resulta relevante cuando perciben que, para trabajar con la salud y la vida humana, deben inspirar confianza con colegas, pacientes y sus familiares como parte de su trabajo. Todo ello contribuye a la percepción de que la vivencia emocional es incompatible con las competencias profesionales.

Un segundo aspecto identificado es la necesidad de una formación particular a la profesión ante las posibles pérdidas. Todas las personas participantes describen la falta de preparación en la universidad, la residencia y por parte de sus superiores para enfrentar la pérdida de pacientes, lo cual contribuye a que el duelo reciba un tratamiento tabú. En su lugar, la experiencia individual de perder pacientes desde el internado y a lo largo de su práctica, es considerada como una preparación para afrontar la pérdida del niño o niña.

Esta falta de formación en pregrado se evidencia también en los resultados de investigaciones previas (Álvarez et al., 2019; Granek et al., 2016; Kopstick et al., 2023;

Trowbridge et al., 2020), de modo que no se perciben con preparación para este aspecto del trabajo por la ausencia de este abordaje a lo largo de la formación profesional. Entonces, dicha falta de acompañamiento y preparación a largo plazo puede incrementar la vulnerabilidad ante la pérdida.

A partir de ello, un duelo caracterizado por el aislamiento y la autosuficiencia puede resultar perjudicial para el bienestar de la persona doliente (Vedder et al., 2022). De acuerdo con Oakman y colaboradores (2020), el 67% de residentes de medicina interna de su investigación reportaron gestionar en soledad la experiencia de pérdida. Este proceso solitario de afrontar el duelo podría entenderse también como una manera de preservar la identidad profesional al mostrarse no afectados/as frente a sus colegas y superiores. Así, se refuerza la idea de que la productividad, la eficiencia y la competencia profesional se priorizan sobre la vivencia emocional (Córdoba et al., 2021; Pujol y Dabos, 2021).

Además, la ausencia de una formación particular en este eje fomenta la internalización de modelos observados en el entorno (Bandura, 1977), particularmente de docentes y superiores. Las y los participantes describen que la experiencia de perder pacientes y su entorno es lo que les enseña a afrontar estas experiencias, con lo cual las actitudes de superiores frente a la pérdida cobran mayor relevancia. De ese modo, profesionales en formación internalizan los modelos observados en sus docentes, caracterizados por la transmisión de presiones inherentes al ejercicio médico, como la responsabilidad de preservar la vida de sus pacientes, la minimización de la emocionalidad, entre otros (Álvarez et al., 2019; Touchie et al., 2014; Whaley et al., 2023). De ese modo, se configura un sistema que retroalimenta la vivencia restringida de la pérdida.

De manera similar, existen algunos estresores derivados del contexto hospitalario público que pueden ejercer presiones sobre la experiencia de duelo. Por un lado, se encuentran la escasez de recursos humanos y tecnológicos en los hospitales públicos para atender la alta

afluencia y/o complejidad de los casos pediátricos. Esto es descrito por los y las participantes: “No poder salvarlo. Si tú planificas algo y no dio resultado porque no hay, por ejemplo, algún equipamiento que necesitaste en el momento adecuado en el hospital. Es frustrante... pudimos haberlo hecho mejor” (Hombre, Asistente, 47 años).

Por otro lado, la dinámica jerárquica de la organización médica se posiciona como un estresor importante en la experiencia de duelo por dos motivos. Primero, existen una serie de implicancias legales asociadas a la responsabilidad sobre la muerte de pacientes que pueden afectar el duelo del personal de salud. Segundo, las y los residentes a menudo se enfrentan a presiones significativas por parte de sus superiores para evitar los errores, las cuales pueden manifestarse en maltrato verbal.

Muchas veces los doctores asistentes son bastante duros con los residentes y con los internos, ¿no? Entonces es como que te ven flaquear y te dicen como que “ay, eres un tembleque” ... no sé cosas así, ¿no? Y te tratan un poco mal [...]. A veces uno da una imagen con su jefe por cuestiones como que, de profesionalismo, ¿no? Pero aun así por dentro están que se mueren de miedo prácticamente. Entonces, considero que si en algún momento quieres hablar con alguien que sea alguien de tu entera confianza o sepas que es alguien que no te va a menospreciar por lo que estás sintiendo. (Mujer, Residente de primer año, 28 años)

Sin embargo, esto suele justificarse a partir de la gran responsabilidad que conlleva cuidar y trabajar con la vida humana, así como el potencial daño que pueden generar a la familia. Esto es descrito por una de las participantes:

En medicina tú trabajas con la vida y la salud de las personas. No es como estudiar economía, innovación, gestión. Tú en medicina trabajas con personas. Y la lucha de muchas personas, el hecho de ver cirugía, [...] hace, pues, que aprendas a controlar un poco. (Mujer, Residente de segundo año, 29 años)

Los diversos estresores acumulativos pueden afectar la capacidad de los y las profesionales de la salud para manejar la carga emocional que su trabajo implica de acuerdo a las investigaciones previas (Bajaj y Reed, 2022; Chacaltana y Rojas, 2019). En este grupo de participantes, la singularidad de laborar en la red de salud pública conlleva una experiencia más compleja aún. De tal manera, la alta demanda de pacientes y la falta de personal e instrumentaria necesaria exacerban la presión en profesionales de la salud ya que sus responsabilidades laborales exceden sus capacidades inmediatas (Ayala-Servin y Torres-Romero, 2019; Rosado y Varas, 2019; Villanueva, 2023). En adición, la posibilidad de enfrentar consecuencias legales debido a la muerte intensifica la presión para evitar errores. Con todo ello, el equipo se ve forzado a trabajar en condiciones de presión laboral que les dificulta reflexionar sobre las vivencias emocionales.

Entonces, esta combinación y acumulación de estresores desborda la capacidad de cada profesional, limitando el espacio que puedan tener para procesar adecuadamente sus experiencias emocionales. Además, estos factores no solo incrementan el estrés laboral, sino que también reducen la percepción de control sobre su entorno, lo cual se asocia al agotamiento emocional (Bajaj y Reed, 2022; Hessels et al., 2017). Este agotamiento repercute en la relación con sus pacientes y los cuidados que se les otorga. En esos casos, el equipo de profesionales puede percibirse con menor empatía, prestar menos atención a algunos síntomas, desensibilizarse, entre otras (Álvarez et al., 2019; Wen et al., 2023)

Es así como los valores organizacionales y los estresores laborales configuran una serie de barreras que limitan la vivencia emocional de la experiencia de pérdida. Con ello, la priorización de la racionalidad, el control y la eficiencia laboral invisibilizan los efectos emocionales que puede tener la experiencia de pérdida en las y los profesionales. De ese modo, las barreras del entorno perpetúan la percepción de que el hospital no es un espacio adecuado para procesar estas experiencias. Igualmente, limita la construcción de redes de apoyo social

entre colegas quienes comprenden la singularidad de estas experiencias y podría ser beneficioso para atravesar adaptativamente la experiencia de pérdida (Rogalla, 2020).

¿Qué significa la muerte para mí?

El segundo subtema congrega los significados globales y situacionales que este grupo de participantes atribuyen a la muerte, los cuales reflejan tanto sus creencias personales como las interiorizadas a partir de su identidad profesional. Un primer significado global comprende a la muerte como el fin inevitable de la vida en el ciclo vital con el cese de las funciones biológicas “La muerte tampoco es, si se puede decir algo malo, en el sentido de que es parte de un proceso. Nadie es eterno.” (Hombre, Asistente, 51 años). Además, este fin no se limita a la dimensión física, sino que incluye una dimensión emocional, asociada al olvido de recuerdos y vínculos con la persona fallecida.

A nivel situacional, la enfermedad se percibe como un acelerador del fin de la vida y, en algunos casos, como un alivio frente al dolor físico o las cargas familiares derivadas de la enfermedad. Además, en algunas personas participantes este significado presenta ciertos matices a partir de sus creencias espirituales, con lo cual se relaciona a la muerte con ideas de trascendencia, descanso eterno, cambio de energías u otros. “Simplemente es cuando una persona se desconecta de este mundo y diferentes creencias que cada religión tiene, ¿no? Va a ser varias señales, su salud se descompone y ya no sufre o simplemente ya no está” (Mujer, Residente de segundo año, 29 años).

Esta comprensión de la muerte ha sido identificada en investigaciones previas (De Carvalho et al., 2019), así como su dimensión situacional (Álvarez et al., 2019; Rosado y Varas, 2019). Es importante precisar que la dimensión situacional de este primer significado se puede adaptar para acomodar la muerte en la nueva realidad sin el objeto (Bermejo et al., 2016). Además, el entendimiento de que la muerte es parte de un proceso vital y que sería inevitable se congrega con la idea de que se han agotado los recursos para hacerle frente (De

Carvalho et al., 2019). Entonces, el considerar el alivio del dolor, las cargas familiares, el agotamiento de recursos y la inevitabilidad dentro de la comprensión de la muerte facilitarían la aceptación de la pérdida del NNA.

Un segundo significado global contempla la muerte como un enemigo latente al cual deben vencer en la práctica médica. Desde esta perspectiva, la muerte se concibe como un ente constante y personificado en la práctica profesional. En este contexto, la llegada de la muerte puede interpretarse como un fracaso profesional. Así, la derrota del enemigo y el propósito central de la profesión se congregan en la máxima postergación posible del fin del ciclo vital. Esto cobra mayor relevancia en los niños y niñas, cuya muerte se interpreta como una interrupción anormal de su desarrollo y futuro.

La muerte es algo que hay que vencer. Como médicos, estamos preparados para, digamos, tratar de vencerla, de desafiarla. Se supone que es algo que todos vamos a pasar, pero me parece que la ciencia cada vez está avanzando tanto que en algún momento lo vamos a... va a pasar o vencer o no sé si ahorita, pero en unos años, ¿no? Eso es, el cese de las funciones vitales... Eso es la muerte (Hombre, Asistente, 47 años).

Este segundo significado aparece en investigaciones previas (Álvarez et al., 2019) y se caracteriza por consolidar las creencias derivadas del enfoque biomédico predominante en la cultura organizacional médica, el cual comprende la base biológica de la vida (Ogden, 2023). En este contexto, la muerte se configura como un antagonista que exige constantemente control, desempeño y prolongación de la vida. Esta representación puede ejercer presión sobre su autoeficacia y competencia profesional ya que la imposibilidad de evitar o retrasar la muerte puede interpretarse como un fracaso personal o profesional (Wen et al., 2024; Whaley et al., 2023).

Desde una mirada crítica, el absolutismo de este significado puede complejizar la adaptación a la realidad en la cual la medicina y la tecnología son limitadas para salvar la vida

del NNA. Tal como lo han señalado Granek y colaboradores (2016), esto puede llevar al uso de intervenciones excesivas para evitar la muerte. Este fenómeno conocido como la distanasia, puede asociarse a este significado cuando residentes y asistentes usan desproporcionadamente algunos tratamientos médicos al tener pacientes sin un pronóstico positivo, como producto de un imperativo dentro del campo médico (Alcaraz, 2022). Estas situaciones reflejan las dificultades que puede tener el personal de salud para aceptar los límites de su profesión.

Un resultado clave es la coexistencia de ambos significados, el primero perfilado a las creencias personales con ciertos matices a la identidad profesional, mientras que el segundo se encuentra completamente alineado a las creencias biomédicas. De acuerdo con Chen y colaboradores (2022), es necesario considerar que la dinámica de interacción entre la dimensión personal y la profesional es única, por lo que no son equivalentes ni reemplazables entre sí. Por tanto, enfocar el análisis en solo una de ellas limita la comprensión integral del significado y, consecuentemente, de la experiencia del duelo ante la pérdida de pacientes.

Entonces, el contenido de estos significados es el resultado de un largo proceso de construcción entre ambas dimensiones, considerando factores individuales y psicosociales como antecedentes culturales, rituales familiares, entre otros (Chen et al., 2022; Du et al., 2022). En este caso particular, las fuentes psicosociales son el entorno laboral y las creencias sociales peruanas. Por un lado, los valores de cultura organizacional médica (Arango, 2016) ampliamente discutidos en el subtema anterior llevarían a influenciar los contenidos de ambos significados que consideran el funcionamiento biológico de la vida y la muerte. Adicionalmente, la experiencia recurrente de presenciar el fallecimiento de sus pacientes y la vivencia de las familias serían elementos que configuran la dimensión situacional del primer significado.

Por otro lado, la religión de los participantes sería un factor relevante en la construcción del significado. Esta se encontraría coexistiendo con el enfoque biomédico “Nosotros vamos

a hacer todo lo posible, todo lo que esté en nuestras manos (por el paciente), pero al final, Dios es el único que decide ...” (Hombre, Residente de tercer año, 31 años). Esto resulta peculiar ya que la religión es tradicionalmente antagónica de la ciencia (Apud, 2011; Aragón, 2017).

La confluencia de las dimensiones personal y profesional podría explicarse por la vivencia de la religiosidad, la cual fue un elemento común en la mayoría de participantes. El Perú es reconocido socialmente con una predominancia como un país conservadorista y religioso, principalmente en el catolicismo (Caycho et al., 2021). A partir de este contexto sociocultural, las creencias religiosas relacionadas a la muerte podrían configurarse como una matriz interpretativa para otorgar un sentido a la pérdida fuera del fracaso médico (Giménez et al., 2025). De ese modo, la atribución de la vida a una voluntad divina incontrolable facilita la conciliación entre el deber profesional de salvar vidas y el reconocimiento de los límites propios de la medicina y el quehacer humano. Con lo cual se sugiere que la fe religiosa puede facilitar la adaptación en los procesos de muerte y sus consecuencias (Kowalczyk et al., 2020).

Yo no perdí nada: Duelo desautorizado

El segundo tema integra las diversas características que componen la experiencia de duelo desautorizado en el contexto hospitalario a partir de los subtemas que describen el vínculo con su paciente, las manifestaciones del duelo y las estrategias de afrontamiento identificadas frente a la pérdida de sus pacientes.

De manera transversal, las y los participantes coinciden en que la experiencia de perder NNA es dolorosa y compleja según el tipo de vínculo que se tenga con cada paciente. Además, es importante señalar la posibilidad de una experiencia acumulativa de duelo en el personal de salud al vivenciar un mayor número de pérdidas de vidas humanas al de personas que no trabajan en entornos médicos. Si bien este grupo de participantes indican que el impacto de la muerte no les afecta tanto como su primera vez, la experiencia de ver morir a su paciente sigue siendo impactante y nunca deja de ser difícil “No anhelo que experimenten, la verdad, o sea,

no es una cosa que espero que les pase (*a los residentes nuevos*), pero que en algún momento va a suceder” (Hombre, Asistente, 47 años).

En función a ello, este grupo de participantes indica que es imposible que la pérdida no les afecte porque coexiste su identidad de ser humano con la identidad profesional en la medicina, con lo cual no pueden desvincularse completamente de las emociones que conlleva.

No te puedes separar, no es que hoy día soy médico, llego a mi casa y me convierto en una persona diferente ¿no? Tipo superhéroe que te quitas la capa y no, o sea, sigues siendo la misma persona. Si te sientes triste en el trabajo, vas a estar triste en la casa, eso es inevitable. Y sí, o sea, impacta (Hombre, Asistente, 51 años)

Esto refleja que, aunque la repetición de estas experiencias puede generar cierta adaptación emocional para que la experiencia no les afecte (Ávila, 2017; Villanueva, 2023), el acto de presenciar la muerte mantiene una carga emocional intensa, difícil de evitar o minimizar por completo. Esta visión refleja que la exposición constante a la muerte genera una carga emocional particular para profesionales de la salud, quienes enfrentan pérdidas con una frecuencia significativamente mayor que otras profesiones fuera del ámbito de la salud (Chen et al., 2022).

En medio de este contexto, la empatía se configura como un elemento importante, formada por componentes afectivos y cognitivos asociados a la calidez y preocupación por otras personas, junto a la ansiedad y malestar que surgen de la observación de las experiencias negativas ajenas (Davis, 1983). A partir de la investigación de Hayuni y colaboradores (2019) se conoce que el personal de salud oncológica puede presentar niveles altos de preocupación empática, adopción de perspectiva y angustia personal que coexisten con la fatiga por compasión como resultado de la exposición a las pérdidas de las familias que atienden.

Empero, esta empatía surge en un entorno institucional en el que este grupo de profesionales deben regular lo que sienten y muestran para “sobrevivir”. Investigaciones

realizadas con estudiantes de medicina reflejan que las estructuras jerárquicas durante la formación se asocian con menores niveles de empatía (Weber et al., 2025) sugiriendo que estas normas institucionales internalizadas y la ausencia de figuras modelo positivas (Laughey et al., 2021) pueden limitar la empatía y expresión emocional. Así, la empatía se vive como parte inevitable del ser humano, pero también se controla para sostener la práctica en un ambiente punitivo frente a la emocionalidad.

La confluencia entre la identidad humana y la médica también se refleja en el entendimiento biológico sobre el funcionamiento de la vida y la muerte. Las y los participantes describen que este conocimiento les permite aceptar el cese de las funciones corporales como un proceso esperable dentro de la vida y su trabajo. Aunque describen esto como una idea importante para aceptar la muerte de pacientes en cualquier especialidad -en contraste a familiares o personal no médico-, la pérdida les sigue afectando.

Adicionalmente, es importante precisar que el perder pacientes los lleva a pensar en sus propias familias, lo cual les permite distanciarse de la pérdida ya que consideran que no es lo mismo perder pacientes que familiares. Como consecuencia, permanecen con la idea de que no han perdido realmente nada. De ese modo, la experiencia narrada denota que el duelo por pérdida de pacientes se experimenta diferente a la pérdida de familiares, lo cual se asemeja a los resultados de Chen y colaboradores (2022).

Pero yo siento que, si muere mi mamá o muere mi hermano, o sea la persona que más amo, obviamente me va a doler. O sea, es que es muy diferente en mi forma de expresar mis emociones cuando fallece mi hermano a que cuando es la niña Lucía de la cama 307, ¿no? Si la mamá viene y me llora porque le duele, es como si en algún momento yo perdiera a mi hija. O sea, los sentimientos son muchos de acuerdo al vínculo que tienes con ese paciente y se respeta. (...) Porque si bien la muerte es el duelo de los padres que se respeta, pero no es su duelo (*del residente*), no es su culpa. (Mujer,

Residente de segundo año, 29 años)

A lo largo de las narrativas de las y los participantes se identifica una ambivalencia al explicar la vivencia de la pérdida. Aunque reconocen que la muerte les afecta por su propia humanidad, afirman que no les corresponde ese duelo ya que “debería” ser exclusivo de la familia. Esta tensión muestra una experiencia de duelo desautorizado en tanto su rol en la vida y la pérdida no es reconocido como legítimo para asumir el duelo como propio (Cesur y Ari, 2022; Doka, 1999). En este caso, no se cuestiona la existencia del objeto perdido, como en otros duelos desautorizados de mascotas (Lavorgna y Hutton, 2019) o ruptura de pareja (Peña y Pozo, 2024). En cambio, se deslegitima su lugar como doliente frente a la pérdida.

Tal desautorización del duelo puede ser externa o interna. Las barreras de la cultura organizacional, los estresores inherentes a la práctica médica, y principalmente la necesidad de atender más pacientes por la alta demanda, contribuyen a un distanciamiento del duelo. Si se anticipa que el proceso de duelo sería largo y doloroso, entonces el duelo les resta eficiencia y tiempo dentro del trabajo (Bento, 1994; Cesur y Ari, 2022). Kauffman (2002), así como Cesur y Ari (2022) indican que la misma persona doliente puede desautorizar su duelo cuando no se permite vivir las emociones asociadas a la pérdida por miedo a que el entorno la reconozca o perciba su vulnerabilidad, así como la necesidad de mantenerse funcional en el trabajo. Tales dinámicas dificultan la vivencia y elaboración del impacto emocional real, ya que el enfoque se centra en los aspectos prácticos del trabajo, desplazando las necesidades emocionales a un segundo plano.

La Huella del Vínculo con sus Pacientes

Este apartado congrega la particularidad del vínculo con pacientes de pediatría, el cual es el elemento central y diferenciador del duelo en contextos hospitalarios. A lo largo de las narrativas, es posible identificar que el vínculo con el objeto ausente presenta dos características principales que lo convierte en significativo en el contexto hospitalario.

Por un lado, existe una cercanía emocional con sus pacientes que se construye a lo largo del tiempo. En este contexto, las características de NNA afianzan el cariño y cercanía que describen las y los participantes, principalmente cuando son percibidos con ternura, inocencia, que recién inician sus vidas y están en un momento vulnerable en el cual requieren protección y cuidado. Sin embargo, recalcan que el cariño puede variar con cada paciente, pero que la cercanía es necesaria.

Uno no puede escoger, pero ¿qué será? no te podría decir... Que el paciente hace tanto match contigo que dices “wow, realmente te encariñas”. Yo me he encariñado con muchos pacientes, uf, con muchos muchos pacientes. Haces como una especie de lazo que te comunica. A veces ya no están en cirugía, los ves paseando por pediatría, vienen, se te acercan, te abrazan. Pero no es con todos los pacientes, no es que, con todos, vas y te encariñas, nada. Por nosotros han pasado muchos muchos pacientes, pero solo son algunos los que realmente forman como que ese lazo, ese cariño bonito. (Hombre, Residente de tercer año, 31 años)

Un aspecto peculiar del trabajo pediátrico es que el vínculo con el niño o niña es esencial para el desempeño de su labor médica. Esta relación establecida con sus pacientes es necesaria ya que, por las propias características de su edad, a los NNA les cuesta comunicar sus dolencias y entender su diagnóstico. Por lo tanto, se requiere una comunicación y un vínculo diferente al tratar a pacientes en la infancia, niñez y adolescencia que con pacientes durante la adultez (Trowbridge et al., 2020).

En este contexto, las y los profesionales se van vinculando con NNA por las interacciones de calidad que pueden tener desde la etapa diagnóstica hasta la postoperatoria. Particularmente, el grupo de residentes tendría mayor contacto con pacientes de pediatría durante la hospitalización (Álvarez et al., 2019, Córdoba et al., 2021; Gómez et al., 2017; Tobón, 2022), y sobre todo el vínculo es de mayor tiempo en casos de enfermedades complejas

o crónicas (Granek et al., 2013, 2015). Esta particularidad ha sido señalada en investigaciones previas, las cuales identifican que el cuidado de NNA con enfermedades graves genera una implicancia emocional más intensa que en otros contextos médicos (Rosado y Varas, 2019; Zhang et al., 2024).

También, las y los participantes destacan la importancia de encontrar un equilibrio adecuado en este vínculo. Si bien el acercamiento emocional puede ser beneficioso porque les permite identificar síntomas, tener un diagnóstico adecuado y explicar el tratamiento al NNA; un vínculo demasiado cercano puede interferir en el juicio clínico y dificultar la toma de decisiones objetivas en cuanto a los tratamientos.

En contraparte, cuando hay un distanciamiento completo en el contexto pediátrico es complejo que NNA confíen en su equipo médico y entiendan lo que sucede con su salud, lo cual resulta perjudicial considerando también que deben contemplar la singularidad de cada paciente para acercarse exitosamente. De ese modo, conocen que cada niño o niña es diferente, pueden llegar a encariñarse, pero definitivamente se van vinculando a lo largo de la atención.

Entonces, aún si residentes o asistentes quisieran mantener un vínculo distante con sus pacientes para protegerse de las pérdidas, la barrera comunicacional interferiría y dificultaría su labor. Esto se alinea a lo identificado en estudios previos en los cuales la empatía en la relación y la comunicación se han asociado a la satisfacción de pacientes (Baro et al., 2023; Domínguez et al., 2022), y a la adherencia al tratamiento para algunas enfermedades (Peña et al., 2023). Los hallazgos indican que cuando el personal de salud logra establecer un vínculo de confianza, las familias perciben mayor cercanía y claridad en la comunicación, lo que incrementa su satisfacción y facilita que comprendan, acepten y se comprometan con las indicaciones médicas.

En relación con ello, una segunda característica es la asimetría del vínculo en la cual cada especialista protege y cuida a su paciente pediátrico. Asimismo, reconocen lo complicado

que es trabajar con la responsabilidad de tener a cargo la vida humana de un “pequeño”, descrita como frágil. La ternura, la inocencia y la dependencia del NNA evocan respuestas emocionales que fortalecen el lazo clínico-afectivo. Esta dinámica se configura dentro de un contexto en el cual las decisiones que el personal médico toma pueden influir en la muerte.

Otra característica importante del duelo hospitalario es que el vínculo con el NNA no es el único presente en la experiencia. La figura de la familia emerge como una imagen importante que acompaña a pacientes en pediatría durante todo el proceso de salud y recuperación. De ese modo, la familia recibe tanto las consecuencias positivas como negativas de las acciones médicas llevadas a cabo. Aquello es descrito por un asistente: “Tú tienes que tomar decisiones en sala que pueden costar la vida de una persona, de un niño ¡Imagínate! O de un recién nacido y tienes a los papás atrás, a la familia, el servicio, todo” (Hombre, Asistente, 63 años).

Dentro de este vínculo, las y los participantes señalan que se comunican con las familias para explicar los riesgos quirúrgicos, el progreso de los NNA y las opciones de tratamiento. Aquello es consistente con diversas investigaciones que refieren una figura triádica en la atención médica pediátrica a lo largo del tratamiento. A partir de esta dinámica, describen que lo más difícil es plantear al familiar la posibilidad del fallecimiento o en su defecto, comunicar este hecho. En medio de todo ello, residentes y asistentes intentan preparar a la familia y a sí mismos ante la probabilidad de la pérdida del NNA.

Otra cosa, también te pones a pensar en el papá, ¿no? “Oye, el papá, ¿cómo estará?” “¿Cómo le vamos a decir al papá que su niño estuvo complicado?” [...] ¿Y cómo explicar eso (*que su hijo puede morir*)? ... Entonces, eso sí te va a afectar más (Hombre, Residente de primer año, 29 años)

En adición, las y los participantes reconocen que las familias agradecen todos los esfuerzos realizados por el bienestar de sus NNA, pero que estar presentes y ver de cerca su

dolor les lleva a pensar y recordar en sus propias familias.

Da pena, yo también soy papá, ¿no? Me pongo en el papel de los papás, o sea, perder a un paciente es doblemente penoso, ¿no? Porque tú también eres padre, entonces, te pones en el papel de ellos y también te da pena por la edad de los pacientes, ¿no? De todas maneras, es una carga emocional. (Hombre, Asistente, 51 años)

Entonces, el elemento diferencial del duelo por pacientes en pediatría incluye la presencia de un vínculo triádico que involucra a cada profesional, paciente y familia. Estas relaciones se forman a partir de múltiples interacciones con el objetivo común de alcanzar la recuperación del NNA, o en su defecto un nivel adecuado de calidad de vida (Hinde, 2015; Swedlund, 2011). Por un lado, hay toda una vinculación con la familia y el NNA a lo largo del tiempo a base de la empatía y la necesidad de la relación para comprender adecuadamente los síntomas, interpretar señales sutiles y responder eficazmente ante el malestar físico (Singh, 2016; Tates et al., 2002; Weingarten et al., 2010). Incluso, las familias agradecen personalmente los esfuerzos con sus niños o niñas y la humanidad que perciben del equipo profesional (Granek et al., 2015), lo cual lleva a pensar que no esperan profesionales que muestren una desvinculación completa.

Por otro lado, hay múltiples procesos de identificación a lo largo del acompañamiento médico por el tiempo y las características simbólicas atribuidas a pacientes de pediatría, como vulnerabilidad, inocencia y dependencia. Estas cualidades facilitan procesos de identificación personal por parte de residentes y asistentes, quienes muchas veces evocan aspectos de sus propias historias familiares o experiencias personales (Granek et al., 2015). La participación activa en la comunicación de malas noticias y en el proceso de acompañamiento hacia la familia intensifica esta conexión, ya que no solo explican el estado clínico del NNA, sino que también presencian el impacto directo de la pérdida (Rosado y Varas, 2019).

Estas dinámicas consolidan un sentido de responsabilidad profunda hacia el niño o la

niña y sus cuidadores. Esta responsabilidad es profesional, emocional y ética, ya que involucra un deseo explícito de no generar daño (Granek et al., 2015; Rosado y Varas, 2019). Por ello, la muerte de pacientes genera un quiebre no solo en la rutina clínica, sino también en la relación. Aquello puede desafiar la noción profesional de competencia y reactivar la experiencia de pérdida desde un lugar vincular en sus propias historias de vida.

No somos de piedra

Otra arista identificada en la experiencia de duelo de las y los participantes son las manifestaciones multidimensionales del duelo. A nivel afectivo, la tristeza aparece como la principal respuesta a partir de la pérdida del paciente, pues les apena el fallecimiento a pesar de que conocen que la muerte es parte del ciclo vital y de su profesión. A lo largo de sus discursos, esta emoción se vincula al corte abrupto en la vida del niño o niña. Es decir, la muerte afecta inesperadamente la figura de la niñez como una etapa inocente, en la que tienen mucha vitalidad, sueños y un futuro por delante. Además, algunos mencionan que había alivio pues el niño o niña ya no sufría físicamente, pero esto se acompañaba de la tristeza al ver a la familia afectada.

Y que un niño, pues, fallezca es muy triste. O sea, es una persona que recién está comenzando su etapa de vida. Es más duro que fallezca un niño porque le estás quitando o se está yendo el hijo de una madre, ¿no? Algo que muchas veces nuestro concepto no es algo que se espera mucho a los demás [...]. En ese aspecto a mí, me impacta un poco más la muerte de un niño que la de un paciente más grande, por lo pequeños que son (Mujer, Residente de primer año, 28 años)

Igualmente, indicaban que algunos lloraban por sus pacientes y que están tristes algunos días posteriores al fallecimiento, con lo cual sus propias familias logran percatarse de su estado anímico.

Un segundo afecto presente es la frustración de no poder realizar nada más por

prolongar la vida cuando consideran que ya hicieron todo lo posible desde la medicina. Esto se acompaña de la comprensión de que existen otros factores que no dependen de sus habilidades que pueden influir en el fallecimiento como la misma respuesta del organismo a la medicina, la falta de recursos humanos y tecnológicos en el hospital para atender los casos, entre otros. Es importante precisar que la frustración se posicionaba como afecto central cuando las personas participantes indicaron que se habían enterado del fallecimiento del NNA porque murieron de una enfermedad o procedimiento diferente al que habían atendido.

[...] Aunque aquí también hay factores, pues, o sea, cuando realmente confluyen situaciones o factores que van en contra de la supervivencia de un paciente. Todo eso es para los padres para que traten de entender el contexto en el cual se vio la muerte, ¿no? El fallecimiento. Pero como médicos, a veces, nos sentimos frustrados por diversas situaciones. No haber podido en líneas generales haberlo salvado. (Hombre, Asistente, 63 años)

Incluso, no siendo la médico tratante en ese momento, porque no era de mi especialidad, pero terminé y fue muy duro para mí, ¿no? Porque es como que tú dices tú la curas de algo, pero se muere de otra cosa y al final se murió. No importa todo lo que hagas. (Mujer, Asistente, 47 años)

En esa línea, la frustración acumulada por la práctica profesional puede llevar a un agotamiento emocional. En residentes y médicos pediatras, dicho agotamiento se asocia tanto con errores clínicos o la reducción en la discusión de opciones terapéuticas con las familias, como con una menor percepción de eficacia profesional, desmotivación, menor satisfacción laboral y actitudes menos humanizadas hacia pacientes (Al-Youbi et al., 2013; Baer et al., 2017).

Por otro lado, la experiencia del fallecimiento de sus pacientes se manifiesta también a nivel cognitivo en las y los participantes de diversas formas. Un aspecto importante a destacar

son los cuestionamientos profesionales en los cuales algunas personas participantes han dudado sobre el propósito de su trabajo, e incluso el cambio de especialidad por lo impactante que llega a ser la pérdida. Es importante precisar el reconocimiento de que esto puede presentarse con mayor regularidad a los inicios de su residentado.

Incluso, en algún momento he pensado que tal vez cirugía pediátrica no es totalmente para mí. Claramente sí me gusta bastante, pero igual ahí está prácticamente pensar como que pucha, tal vez no por el hecho de que los niños son como chiquitos. [...] Entonces, luego entra esta idea de “¿por qué estoy estudiando medicina? ¿por qué soy doctora? si igual se van a morir” (Mujer, Residente de primer año, 28 años)

Otra manifestación de esta índole es la rumiación, que implicaba un análisis constante de las decisiones tomadas, las opciones que estuvieron disponibles y la pertinencia de sus acciones. Mientras que otras personas al inicio de su carrera experimentaron el bloqueo emocional en la cual no podían procesar la noticia o nueva información sobre el caso. Estas experiencias cognitivas del duelo muestran una forma de procesamiento mental que refleja la carga emocional del evento y la exigencia perfeccionista internalizada por las y los profesionales (Touchie et al., 2014). Además, podría dificultar el proceso de duelo o promover la desensibilización (Granek et al., 2016; Whaley et al., 2023).

En esa misma línea, otra característica importante en la vivencia de duelo es la circunstancia que rodea el fallecimiento del niño o niña. Por un lado, el tipo de pronóstico del caso se relaciona con la experiencia de la pérdida (Granek et al., 2015). Según el grupo de participantes, una predicción negativa sobre el éxito del tratamiento les permite anticiparse a la muerte o al agotamiento de recursos para extender la vida, mientras que los fallecimientos inesperados son vividos con mayor confusión e impacto emocional. Entonces, conocer el pronóstico de antemano se relacionaría a la capacidad de poder anticipar e incorporar la posibilidad de la pérdida del objeto en el conjunto de significados de la persona. Por otro lado,

describen que su presencia durante el fallecimiento diferencia la experiencia. Al estar presentes se frustran por no poder hacer más. En contraste, cuando les informan de la muerte de sus pacientes por otros medios, ellos perciben un menor impacto afectivo.

Entonces, las circunstancias que rodean la muerte de pacientes en edad pediátrica se relacionan con el afecto que se posiciona como central y la forma en la que se vive el duelo. Granek y colaboradores (2015), Wen y colaboradores (2023) así como Zambrano y Barton (2011) coinciden en que condiciones como la forma en la que ocurre la muerte, si se encontraban presentes, el nivel de implicación de cada profesional y los efectos secundarios del tratamiento pueden incidir en la intensidad de las emociones experimentadas.

También, la presencia de estas circunstancias co-construyen los significados que las y los profesionales atribuyen a la muerte y la forma en la que viven la experiencia (Álvarez et al., 2019). En ese sentido, las narrativas de las manifestaciones afectivas y cognitivas incorporan los significados atribuidos a la muerte identificados previamente.

Partiendo de ello, el primer significado identificado se ve desafiado ya que la muerte no se presenta como el término inevitable de la vida al final del ciclo vital. Por el contrario, la muerte pediátrica se posiciona fuera del orden esperado. Además, se evoca la niñez como una etapa distinguida por la inocencia, vitalidad y futuro, lo que hace que la muerte se perciba como “antinatural” y, por ende, más dolorosa (Rosado y Varas, 2019; Vega et al., 2017). Frente a este significado, la tristeza se asocia a la pérdida del NNA y el sufrimiento de la familia, lo que se conecta con la injusticia y el dolor que esta siente (Rogalla, 2020; Zhang et al., 2024). Por su parte, la frustración y las manifestaciones cognitivas como los cuestionamientos profesionales pueden relacionarse a lo “antinatural de la muerte”.

En algunos casos, las dimensiones situacionales de este significado pueden flexibilizarse para aceptar la muerte. Por ejemplo, al percibir que la muerte representaba un alivio del sufrimiento físico, surgieron formas de consuelo centradas en la reducción del dolor,

lo que les permitió integrar elementos positivos en una experiencia emocional adversa (Granek et al., 2016).

En contraste con el primer significado, en el segundo la pérdida del NNA se percibe como un ataque a la identidad profesional, especialmente cuando se percibe como un fracaso en la tarea de preservar la vida. Desde esta perspectiva, no existe una dimensión situacional que adapte el significado a la experiencia, de manera que todo el peso de la vivencia recaer en la percepción de la habilidad del profesional (Álvarez et al., 2019, Granek et al., 2016; Whaley et al., 2023). Esta rigidez frente a la muerte impide incorporar la muerte en los esquemas mentales, lo que dificulta la elaboración del duelo.

De tal modo, las manifestaciones afectivas y cognitivas identificadas surgen desde esa lógica de fracaso. Esto debido a que la muerte del NNA podría comprometer la percepción de autoeficacia, interpretada como una falla directa de sus capacidades clínicas (Marín, 2017). Esta vivencia se vuelve aún más compleja cuando las y los profesionales asocian este fracaso a la familia del paciente como destinataria de un sufrimiento que no puede ser justificado ni reparado (Whaley et al., 2023).

Es importante destacar que, a lo largo de las narrativas, estas manifestaciones se expresan con moderación o, en su defecto, son minimizadas por la presión del entorno médico que demanda inmediatez en la atención de más pacientes (Granek et al., 2016; Rosado y Varas, 2019). Así, el duelo es difícil de integrar y de expresar, al encontrarse entre el dolor y las expectativas profesionales.

Una manifestación particular es la culpa frente a la muerte. Esta solo se presenta cuando la iatrogenia, impericia o negligencia médica llevó al fallecimiento del niño o niña. En este contexto, residentes y asistentes sienten culpa por el daño irreversible ocasionado al NNA y a su familia, de modo que reconocen que parte de la práctica médica es aprender a convivir con las decisiones tomadas “Pero si de pronto uno hace algo y siente que no hizo las cosas bien,

siente que de pronto cometió un error, porque finalmente somos humanos, bueno, les pesa la conciencia, ¿no?” (Hombre, Asistente, 47 años).

La evidencia actual ha identificado a la culpa de forma recurrente en el personal médico. Esto dado que, tras alguna muerte, los y las profesionales evalúan retrospectiva y exhaustivamente las acciones realizadas durante su atención (Seravalli, 1988; Wen et al., 2022; Whaley et al., 2023; Zhang et al., 2024). Con relación a ello, se identificaron ciertas divergencias en las manifestaciones del duelo dentro de los discursos de residentes de primer y segundo año en contraste al de tercer año y asistentes. En el caso del primer grupo, residentes tienden a desvincularse de la culpa a partir de su posición subordinada en el equipo médico.

Es un residente. Hasta que tú no seas asistente, no debes sentir la culpabilidad ni la responsabilidad sobre la muerte del paciente. Ya cuando seamos asistentes y sea el paciente nuestra responsabilidad, yo creo que va a ser diferente, ¿no? [...] pero la responsabilidad de un paciente no es solamente... menos inclusive de un residente. Hay un sentimiento general de que si un paciente fallece es malo, porque no hicimos, no pudimos, pero yo sé que no es mi culpa. La muerte de alguien no es mi culpa. No puedo, imagínate si cada una viviera con la culpa de la muerte de cada persona. (Mujer, Residente de segundo año, 29 años)

Estas divergencias entre jóvenes y mayores pueden explicarse a partir de la jerarquía médica y el rol que cumplen dentro del trabajo. En esta profesión, la responsabilidad de las decisiones recae en asistentes, quienes cuentan con mayor experiencia y autonomía en contraste a sus residentes (Bajaj y Reed, 2022). Incluso, los y las residentes suelen tener menor exposición a experiencias drásticas de pérdida que impliquen su responsabilidad en la toma de decisiones (Trowbridge et al., 2020). Por ende, no suelen tomar decisiones críticas que puedan incorporar su responsabilidad en los fallecimientos.

En el caso del segundo grupo, la culpa no solo se manifiesta según lo descrito

previamente al reconocer la responsabilidad que tienen en las decisiones médicas tomadas, sino que esta se transforma en manifestaciones cognitivas y conductuales vinculadas a la desconfianza que no fueron reportadas por residentes más jóvenes. Dentro de estas se encuentran la hipervigilancia en próximos pacientes, la cual se caracteriza por un monitoreo constante y exhaustivo de las condiciones médicas de NNA con un perfil médico similar al anterior. Del mismo modo, también podía manifestarse la desconfianza hacia el equipo de trabajo, reflejado en buscar reconfirmar personalmente los resultados de pruebas, ecografías o similares.

No confiar en lo que alguien te comenta, sino tú mismo verlo. En el hospital, por ejemplo, no tenemos turno a veces todos los días y no pasamos visitas necesariamente a los pacientes que tratamos. Tenemos que confiar en el otro. Yo me volví muy desconfiada y a llamar yo misma y decir mándame fotos. O de los casos que puedo considerar más delicados hasta dar mi teléfono, para que el mismo paciente o su familiar pueda informarme si algo no está bien, o no lo están atendiendo correctamente. (Mujer, Asistente, 47 años)

Entonces, en profesionales con mayor trayectoria la culpa se transforma en miedo y la desconfianza, lo cual parece configurar un estilo profesional marcado por el control. Esto se concretiza en otras manifestaciones como conductas hipervigilantes hacia pacientes con diagnósticos similares y en una actitud de desconfianza hacia el equipo médico (Pun et al., 2018). Estas conductas buscan evitar la repetición de errores y garantizar la seguridad de siguientes pacientes (Álvarez et al., 2019).

No obstante, este intento de controlar el entorno clínico puede derivar en daño cuaternario. Nino y Bravo (2016) lo describen como una serie de intervenciones innecesarias o excesivas que comprometen la salud física y emocional de pacientes. En ese proceso, la responsabilidad se asume de forma exacerbada, guiada por el temor de que una omisión propia

o del equipo repita un desenlace trágico. Como señalan Yan et al., (2018), esto puede responder al deseo de ocupar un rol salvador, lo cual incrementa momentáneamente la sensación de control frente a futuras pérdidas, aunque impone una carga emocional difícil de sostener en el tiempo.

Adicionalmente, se pudieron identificar algunas divergencias en la percepción de la manifestación del duelo según el género de cada participante. Algunas participantes y un participante hombre indican que, según su percepción, sus colegas varones procesan mejor la muerte de pacientes porque no evidencian las manifestaciones descritas previamente con tanta intensidad hacia el exterior. “Tuve una compañera que su primera muerte le chocó bastante, en cambio a mí, o sea, obviamente también me chocó, pero no al grado que a ella” (Hombre, Residente de primer año, 29 años).

En esa misma línea, se observa que los varones muestran más su preocupación por cumplir con los trámites burocráticos y educativos derivados del fallecimiento que la afectación emocional que puede generarse. Asimismo, el resto de participantes varones no reportaron explícitamente alguna diferencia en la vivencia.

Yo veo que los varones procesan mejor (...) Porque siento que los varones no... no, no se afectan tanto por eso, por los pacientes. No es que no les preocupe, pero a ellos más les preocupa lo práctico. O sea, llene bien la historia, este, que no hay nada, no hice ningún paso mal, cumplí todos los pasos eso, más que la afección emocional (Mujer, Asistente, 47 años)

Estas diferencias percibidas reflejan patrones que han sido ampliamente documentados en la literatura sobre género y emociones. La manera en la que los hombres experimentan, procesan y perciben el duelo de otras personas se encuentra mediada por los mandatos de masculinidad hegemónica. Tales mandatos establecen reglas sociales que prescriben la forma en la que deben actuar tanto hombres como mujeres; por ejemplo, a lo masculino está

asignando el deber priorizar el control y la razón (Thory, 2013; Zysberg y Moore, 2017). Esto no implica necesariamente una menor afectación frente a la muerte, sino que muestra una vivencia del duelo restringida por las expectativas sociales y organizacionales respecto a la figura masculina, intensificada en profesiones demandantes. Así, la ausencia de manifestaciones emocionales explícitas en sus relatos y la tendencia a centrarse en aspectos instrumentales o administrativos tras la pérdida podría estar asociada a una menor conciencia o disposición para explorar y verbalizar la experiencia emocional en estos contextos.

Asimismo, los mandatos de masculinidad hegemónica no solo inciden en la vivencia del duelo, sino también la percepción que se tiene sobre este. Al no mostrar manifestaciones afectivas, se refuerza la idea de que los hombres procesan la pérdida óptimamente y, con ello, se puede imponer lo mismo a sus colegas mujeres, minimizando la manera en la que ellas viven su propia experiencia de duelo. Consecuentemente, esto va perpetuando un ciclo de retroalimentación de percepciones socializadas por el género. En este sentido, el entorno hospitalario actúa como un espacio limitante para una elaboración adecuada del duelo.

En esa misma línea, cuando se les preguntó por el impacto que tenían las pérdidas, el grupo de participantes cursando la residencia reportó no identificar repercusiones del duelo en el ámbito personal ni laboral. A diferencia del segundo grupo, quienes reconocen el impacto que las pérdidas han ido teniendo en sus vidas. Esta divergencia puede reflejar una ambivalencia en el discurso del duelo. Por un lado, las personas participantes describen manifestaciones de tristeza, frustración o rumiación al relatar sus experiencias; pero cuando se les interpela directamente sobre el efecto de dichas pérdidas, tienden a negarlo o minimizarlo.

Esta discrepancia podría deberse a lo desbordante y abrumadora que puede ser la experiencia para el personal de salud, de modo que no pueden reconocerla como vivencia de pérdida, lo cual se relacionaría al duelo desautorizado. Entonces, al no reconocer la muerte del NNA paciente como una pérdida legítima para el personal, se distancian de verbalizar o

reconocer la afectación que podría provocar (Kauffman, 2002). Empero, cuando sí se permiten el reconocimiento de afectaciones emocionales, solo son de aquellas percibidas de corta duración. Esto puede deberse a las exigencias del entorno hospitalario ya que, si las manifestaciones son de larga temporalidad, afectarían su trabajo y aquello es evaluado como incorrecto según las reglas implícitas organizacionales de trabajo emocional (Hochschild, 1983). Por tanto, el grupo de residentes puede percibir que al iniciar su incorporación en el mundo profesional deben mostrar más rigidez y fortaleza que el grupo de asistentes.

Afrontar la pérdida dentro y fuera del quirófano

A partir de toda la experiencia de duelo, las y los participantes han desarrollado diversas acciones y actitudes que les permite enfrentar la difícil experiencia de pérdida. Dentro de las estrategias más comunes identificadas se encuentran las de evitación, principalmente diversos discursos racionalizados que les permiten minimizar el impacto emocional de la muerte del paciente pediátrico al ofrecer explicaciones lógicas para distanciarse del fallecimiento.

Algunos de ellas se basan en enfocarse en que tomaron todas las medidas posibles que la medicina les permitía para ayudar al niño o niña, pensar que si sufren por cada paciente no podrán continuar con los próximos, percibir que el dolor emocional los estanca y limita su trabajo, considerar que la muerte no fue su responsabilidad porque ellos no los enfermaron, entre otros. Esto es reflejado en el discurso de un asistente “Lo que pasa que, imagínate, ¿no? Si con cada muerte tú te deprimas y te tiras al suelo y te pones a llorar, ¿cómo sigues? ¿No? No puedes seguir. Tenemos que tener cierta actitud diferente” (Hombre, Asistente, 47 años).

De manera similar, se identificaron acciones en las cuales el personal médico puede desentenderse a nivel cognitivo y conductual. Dentro de estas se encuentran el dormir, enfocarse en otras actividades laborales, no buscar más información sobre el NNA que ha fallecido, evitar acercarse a la familia, entre otros. Estas conductas y pensamientos les permiten

distraerse mientras evitan pensar en la muerte del niño o niña. Además, existe un distanciamiento del paciente desde el discurso y la narrativa de todos los participantes reflejado en el lenguaje principalmente técnico utilizado al expresarse como “paciente” en lugar de niño o niña o “acto operatorio” por procedimiento.

Las estrategias descritas han sido identificadas previamente como respuestas comunes en profesionales de salud frente a la pérdida de pacientes (McKinley et al., 2019; O’Dowd, et al., 2018; Roslan et al., 2019). Dentro de esta dinámica, los esfuerzos para el proceso de distracción y alejamiento intencional permiten distanciar la angustia para alcanzar un estado deseado temporalmente (González et al., 2017). En ese sentido, la evitación les permite enfrentar un entorno clínico que no favorece el procesamiento emocional, y donde el tiempo para detenerse y elaborar la pérdida está restringido por la inmediatez de la atención a otros pacientes. Esta forma de afrontar la pérdida se alinea a la propuesta de Grandey (2003), en la cual la manera de expresar las emociones responde a expectativas institucionales en lugar de decisiones libres del trabajador para mantener la objetividad profesional. En este contexto particular, es importante comprender tales estrategias como mecanismos funcionales, en lugar de indiferencia frente a dichos acontecimientos.

Además, es importante precisar que el contenido de los discursos de racionalización es principalmente interiorizado del entorno a partir de las expectativas organizacionales y los modelos que observan de sus superiores (Chen et al., 2022). De esta manera, la evitación responde a una necesidad personal de autorregulación sumada a una expectativa organizacional de mantenerse operativos frente a la adversidad, que se retroalimenta con los nuevos grupos de residentes.

Sin embargo, los resultados discrepan de investigaciones previas que encuentran deshumanización en el personal médico con sus pacientes (Ávila, 2017; De Carvalho et al., 2019; Wen et al., 2018). El factor diferencial frente a estos resultados es la especialidad en la

que se desempeñan. En otras investigaciones trabajan con diferentes especialidades enfocadas en población adulta, a diferencia de este grupo de participantes que se dedica al trabajo pediátrico. En ese sentido, es preciso destacar la importancia del trabajo pediátrico como una elección vocacional en un interés profesional de trabajar y cuidar de estas poblaciones (Yan et al., 2018). Consecuentemente, el vínculo con el NNA y el significado que se le atribuye a su muerte como antinatural (Rosado y Varas, 2019) complejiza el uso del mecanismo de la deshumanización.

Por otro lado, se identificaron algunas estrategias enfocadas en procesar las emociones asociadas a la experiencia de pérdida para adaptarse a la nueva realidad. La acción que los participantes aprecian más es el uso de la resignificación positiva para transformar la experiencia de duelo en un aprendizaje. Así, logran reinterpretar la pérdida desde un enfoque pedagógico para poder ayudar mejor al próximo paciente “Tienes que aprender y usarlo para mejorar para el siguiente (paciente), y no fallarle. Entonces, vas aprendiendo de conocimiento, pero también a acostumbrarte a que va a pasar” (Hombre, Residente de tercer año, 31 años). De tal manera, se aferran a la premisa de que nunca dejan de aprender como profesionales de salud.

Asimismo, el soporte social emergió como un elemento importante para afrontar la pérdida. Por un lado, el soporte emocional se busca con el entorno íntimo como la familia, pareja o amistades que les pueden ofrecer escucha, contención y validación emocional. Por otro lado, el soporte informacional es encontrado en colegas o mentores, quienes ofrecen alivio al reasegurar la pertinencia de las decisiones médicas tomadas. Así, este soporte informacional se complementa con la resignificación positiva.

Hablaba un poco con mi papá que es la persona con la que más hablo, porque pues mi mamá le cuento un poco cómo pasó y lo que sentí. Pero mi papá también es Cirujano Pediatra, y él entiende lo que le hablo, del diagnóstico y procedimiento entonces a él le

cuento para ver qué salió mal. Luego con mis Co-Rs (co-residentes) comentarles, que me ayuden a pensar, para ver que pudimos hacer diferente porque igual lo malo ya pasó. Ahora es ver que no se repita (Mujer, Residente de segundo año, 29 años)

Similarmente, las personas participantes reportaron el uso del humor como un recurso importante para liberar la tensión acumulada por la experiencia dura del fallecimiento. Así como la percepción de un alivio momentáneo con sus colegas.

Todas estas estrategias, aunque adaptativas para el procesamiento del duelo, responden a las demandas del entorno también que prioriza la evitación y demanda la continuidad del trabajo (Zaph, 2002). Entonces, con el fin de continuar con sus labores con la menor afectación emocional posible, las y los participantes usan estas estrategias para tener calma y alivio mediante una perspectiva lógica. Con ello, se espera que las decisiones médicas no se ven avasalladas por las emociones que pueden experimentar.

Respecto a la propuesta de Stroebe y colaboradores (2017), estas estrategias pueden ubicarse dentro del segundo polo del modelo de procesamiento dual del duelo, el cual implica el acercamiento a la pérdida y la reflexión sobre la ausencia. No obstante, en este caso, la reflexión no se limita al NNA en específico. En cambio, apunta a la muerte pediátrica como fenómeno constante en su ejercicio profesional y las oportunidades de mejora para evitarla dentro de lo posible.

Sobre el apoyo social, diversas investigaciones reconocen que el apoyo social de la familia y del círculo cercano tiene un efecto protector frente al agotamiento por pérdida de pacientes en profesionales de salud (Rogalla, 2020; Yu et al., 2023). En ese sentido, al tener dificultades para expresarse con apertura emocional con colegas, sus vínculos significativos asumen el rol de contención dentro de esta experiencia. Esto cobra vital relevancia en el contexto de duelo desautorizado ya que, según Doka (1999), la persona doliente tendría dificultades para reconocer, lamentar o expresar abiertamente su dolor cuando no cuenta con

relaciones sociales.

En esa misma línea, es posible que la resignificación positiva y el soporte informacional se complementen de modo que permitan generar aprendizajes para la eficiencia de sus próximas atenciones (Córdoba et al., 2021; Pujol y Dabos, 2021). En otras palabras, las y los participantes intercambian experiencias con sus colegas y superiores que les permiten identificar oportunidades para evitar las mismas circunstancias en sus siguientes pacientes, no necesariamente como una respuesta frente a duelo. De esa manera, la utilidad del soporte emocional y la resignificación positiva se presenta como beneficio colateral para el proceso de duelo, en lugar de que se usen estas estrategias principalmente por ello. Entonces, en ese intercambio se apertura un espacio para compartir la experiencia con colegas dentro de un entorno inicialmente punitivo a la vulnerabilidad.

De manera particular, se ha encontrado que el humor utilizado como estrategia permite aliviar la angustia relacionada con los cuidados paliativos y la muerte (Robalo et al., 2018). Sin embargo, no cualquier tipo de humor tiene los efectos protectores de afrontamiento. Timofeiov y Măirean (2023) destacan que el humor afiliativo basado en el intercambio de experiencias similares tiene mayor efecto de afrontamiento en estos contextos. Por tanto, esta estrategia tampoco responde a un proceso de deshumanización de pacientes.

En relación con el afrontamiento, se identificaron divergencias según el tiempo de práctica clínica. Asistentes y el residente mayor perciben que la experiencia de perder pacientes a lo largo del tiempo ayuda a que se acostumbren a ello. Asimismo, todo el grupo de participantes recuerda que las primeras experiencias de afrontamiento suelen ser más complejas, caracterizadas principalmente por la evitación. Sin embargo, con el pasar del tiempo y la orientación pedagógica de sus superiores pueden incorporar la resignificación positiva y otras estrategias de emoción en sus experiencias.

Entonces, no es la estrategia en sí misma lo que contribuiría a que la pérdida sea menos

impactante y más llevadera, sino la flexibilidad y variación entre los estilos de afrontamiento. Partiendo del modelo de aprendizaje social de Bandura (1977), residentes más jóvenes pueden modelar su respuesta emocional a partir del ejemplo de sus superiores. Así, dentro de un entorno que prioriza la eficiencia, la exposición constante a modelos que integran estrategias de resignificación positiva y soporte informacional facilitaría la incorporación de estos mecanismos. De tal forma, el afrontamiento se complejiza y flexibiliza con un mayor repertorio de herramientas a lo largo del tiempo. Con ello, las y los profesionales pueden procesar su experiencia desde múltiples aristas, tanto emocionales como cognitivas.

Por otro lado, se han identificado divergencias en función del género pues en las participantes pueden emplear el soporte emocional con mayor apertura que sus colegas varones jóvenes que priorizan el soporte informacional. En cambio, los varones mayores se permiten el soporte emocional sólo con la familia. Este resultado nuevamente muestra la manera en la cual los mandatos de masculinidad hegemónica y los roles de género se relacionan con la experiencia de duelo. Esto principalmente al demandar características de proveedor económico, fortaleza, orientado al logro de metas en el trabajo (Janos et al., 2018).

En este caso, se encuentra un análisis de interseccionalidad mediante la interacción de las categorías de tiempo de práctica médica, la identidad profesional y el género. En este grupo, los hombres jóvenes que recién se incorporan como residentes mostrarían una mayor necesidad de performar como médicos competentes. En ellos, la presión por validar su identidad profesional podría llevarlos a minimizar la vulnerabilidad para reafirmar la imagen de eficacia y racionalidad. En contraste, los hombres asistentes que ya se han consolidado dentro del campo profesional, pueden reconocer que las estrategias de emoción pueden ser efectivas, aunque las empleen con cautela.

En las mujeres, existiría esta misma evolución en el tiempo y aunque pueden tener mayor predisposición a incorporar la emocionalidad, se ven limitadas por el entorno que

minimiza toda expresión emocional que afecte el trabajo. Como consecuencia, también deben performar para competir con sus colegas y enfrentarse a estereotipos que las minimizan en su campo. Esto principalmente se construye en una profesión con una identidad profesional masculinizada mediante la integración de valores, códigos y mandatos propios de lo socialmente asignado al hombre hegemónico (Adams, 2010).

Entonces, en ambos casos descritos, las barreras del entorno interactúan de distintas formas para limitar la vivencia del duelo de las y los participantes. Además de ello, es importante precisar que solo una de las participantes mostró estrategias enfocadas en la emoción como la liberación de emociones en diversas actividades y reconoció la importancia del acompañamiento psicológico en procesos complejos como este duelo. La experiencia de esta participante que incorpora el soporte psicológico especializado refleja un panorama positivo dentro de la vivencia del duelo en el contexto hospitalario. Esto resulta esencial porque se permite el acercamiento y las reflexiones sobre la pérdida del objeto dentro de un espacio de contención y validación (López y Iriondo, 2019; Stroebe et al., 2017), contrastando las limitaciones del entorno hospitalario en la vivencia del duelo desautorizado. Sin embargo, debe reconocerse el privilegio del acompañamiento individual psicoterapéutico y sus limitaciones derivadas en este contexto. La accesibilidad a este recurso está mediada por elementos como la inversión de tiempo, energía y recursos económicos que son condiciones poco comunes en este contexto.

En esa misma línea, las y los participantes no describen la existencia de algún protocolo institucional o intervenciones formales para afrontar el fallecimiento de sus pacientes. Si bien en otros contextos se ha intentado implementar intervenciones para estos contextos, estos intentos se ven obstaculizados por las condiciones laborales. Wilson y colaboradores (2018) ejecutaron un proyecto para residentes pediátricos de Estados Unidos con sesiones informativas y de acompañamiento después de las muertes, pero el tiempo limitado y las

responsabilidades de atención a próximos pacientes restringieron la participación en la intervención. Similarmente, experiencias previas en la región han demostrado que incluso cuando se aperturan los espacios para las intervenciones, el personal de salud no acude a los espacios por la alta demanda laboral (Cattaneo et al., 2023)

A partir de todo lo descrito, se sostiene que el duelo que experimentan residentes y asistentes por la pérdida de sus pacientes se encuentra mediado principalmente por los elementos sociales del contexto hospitalario. Si bien a lo largo de esta experiencia hay un elemento cognitivo-conductual en el cual la vivencia se relaciona a estos significados identificados, el contenido de estas atribuciones responde al entorno sociocultural en el que se encuentran (Chen et al., 2022).

Por tanto, las intervenciones que busquen incidir en esta temática se deben enfocar en el desarrollo de recursos individuales e interpersonales, así como en la transformación de las condiciones estructurales (Hayuni et al., 2019). Estos cambios resultan necesarios al considerar los efectos contraproducentes que puede tener un duelo no elaborado acumulado en la vida de profesionales de la salud, pacientes pediátricos y sus familias (Nino y Reyes, 2016; Wen et al., 2013).

Con todo ello se destaca la importancia de desarrollar intervenciones como la medicina narrativa. Esta busca el desarrollo de la empatía, la reflexión, la resignificación de experiencias y la cohesión entre colegas, elementos que cuentan con altas tasas de éxito reportadas por participantes de estos proyectos (Bajaj et al., 2023; Cattaneo et al., 2023; Urdy y Cuba, 2019). Partiendo de los resultados de esta investigación, el desarrollo de esta empatía con colegas puede representar un apoyo importante de este acompañamiento en el campo médico.

Conclusiones

La presente investigación buscó explorar los significados atribuidos a la muerte y la experiencia de duelo por pacientes en médicos residentes y asistentes de cirugía pediátrica en hospitales públicos de Lima Metropolitana. Sobre ello, los resultados reflejan que esta dinámica tiene elementos transversales de la dinámica institucional, los significados atribuidos y el vínculo tanto con los NNA como con sus familias.

El contexto hospitalario se posiciona como principal limitante para las experiencias de residentes y asistentes dentro de su labor profesional. Este entorno se caracteriza por valores institucionales demandantes, una escasez de recursos humanos y tecnológicos, así como la ausencia de un abordaje educativo que les permita prepararse para ello. La presencia e interacción de estos elementos repercute en la formación de significados y la experiencia del duelo.

Los dos significados identificados revelan una coexistencia entre la identidad personal y profesional de este grupo de participantes. El primero muestra una representación de la muerte como el fin esperado del ciclo vital con una dimensión situacional que parece flexibilizarse para incorporar la muerte pediátrica concebida como un alivio ante el dolor de la enfermedad. El segundo es más rígido y caracteriza la muerte como un “enemigo” al que deben vencer bajo la presión constante de salvar vidas como la esencia de su profesión. El contenido de estos significados surge de una interacción de factores estructurales como las expectativas profesionales, la vocación pediátrica y las concepciones socioculturales y espirituales; así como la experiencia personal de cada participante. Con todo ello, el significado que se atribuye a la muerte termina siendo socialmente moldeado.

La experiencia de pérdida descrita por las y los participantes puede comprenderse como un duelo desautorizado a partir del no reconocimiento de la pérdida como suya. Esto a partir de factores internalizados y de las expectativas profesionales dentro del entorno limitante. Esto

impide que pueda ser expresado abiertamente, de modo que se desplaza y minimiza la elaboración de esta pérdida. Uno de los elementos que diferencia el duelo de estos y estas pacientes es la relación profesional-paciente. El vínculo con el NNA se caracteriza por ser asimétrico, cercano, percibido como vulnerable y relacionado a su familia, lo cual intensifica el impacto de su muerte.

En cuanto a las manifestaciones del duelo descritas por estos y estas profesionales, pueden categorizarse principalmente en afectivas –como tristeza y frustración– y cognitivas – como rumiación, cuestionamientos profesionales y bloqueo emocional–. Estas manifestaciones pueden intensificarse según los elementos que rodean la muerte del o de la paciente como la presencia del o de la profesional, el motivo de fallecimiento, el pronóstico, entre otros. Es importante precisar que la culpa aparece principalmente en residentes de último año y asistentes porque tienen mayor injerencia en las decisiones médicas dentro del tratamiento. Esta puede convertirse en manifestaciones como hipervigilancia, control o desconfianza en el equipo.

Sobre el afrontamiento, las respuestas oscilan entre estrategias evitativas y centradas en la emoción que responden a un entorno que limita la emocionalidad y prioriza la eficiencia para las próximas atenciones. Estas estrategias parecen ser temporalmente funcionales para que las emociones asociadas a la muerte del NNA no les impidan seguir laborando. Igualmente, se reconoce la importancia de la resignificación positiva y el soporte informacional entre colegas. En este punto, se identificaron divergencias según el tiempo de práctica. El grupo de residentes más jóvenes describe estrategias principalmente evitativas, lo cual podría relacionarse con la necesidad de adaptarse al entorno demandante. En cambio, profesionales con más años de experiencia parecen mostrar mayor flexibilidad en el uso de estrategias, incorporando mayores acciones centradas en la emoción.

En cuanto a las divergencias relacionadas al género en las experiencias de duelo, se identificó la manera en la cual los mandatos de masculinidad hegemónica y la masculinización de la medicina estarían mediando las formas en las que se vive y afronta el duelo. Específicamente, entre colegas se percibe que los varones son menos afectados por las pérdidas al no externalizar ni verbalizar alguna manifestación derivada del duelo. Además, las residentes y cirujanas se encuentran en la necesidad de igualar a sus colegas para no mostrarse débiles dentro de estos espacios médicos históricamente masculinizados. Todos estos resultados muestran la necesidad urgente de replantear las políticas educativas y hospitalarias para que incorporen espacios éticos y humanizantes en estos procesos.

Con base en estos resultados, la investigación aporta visibilidad a una población y un contexto poco estudiado. En ese sentido, se profundiza el conocimiento de las experiencias de residentes y asistentes de cirugía pediátrica que no tienen amplia evidencia en la región. Además, se enfatiza la importancia de estudiar estos procesos en hospitales públicos de Lima Metropolitana. Esto es relevante para comprender el manejo de la salud pública en países en vías de desarrollo, en los cuales los desafíos de gestión pública y cultural afectan significativamente la experiencia profesional y personal de las y los médicos (Álvarez et al., 2019; Granek et al., 2016). Con ello, los hallazgos de este estudio proporcionan un respaldo empírico para la implementación de intervenciones y políticas públicas que atiendan las necesidades emocionales y laborales del personal de salud.

Además, se destaca la importancia del contexto sociocultural peruano en la comprensión de la muerte y la pérdida, considerando que ha sido estudiado en otros contextos internacionales (Spitzenstätter y Schnell, 2025; Wen et al., 2022). Es necesario visibilizar los procesos peruanos en tanto existen las diferencias culturales visibles en la construcción de significados, como la religiosidad que emergió en este estudio.

No obstante, es necesario señalar que las limitaciones de esta investigación se vinculan al acceso de los y las participantes. El espacio se vio limitado a un corto tiempo de entrevistas por su carga laboral. Esto pudo restringir la duración de las conversaciones y la profundidad de algunos aspectos abordados para la investigación. De haber contado con mayor disponibilidad, es posible que se hubieran explorado dinámicas más complejas o menos evidentes relacionadas con el duelo.

Con respecto a las recomendaciones, se reconoce que actualmente existe una limitada evidencia empírica para contextualizar y comparar los resultados. Por ende, la información disponible responde a estudios realizados en otras especialidades médicas o en grupos profesionales relacionados, como enfermeras (Rosado y Varas, 2019) o cirujanos de medicina general (Álvarez et al., 2019; Kopstick et al., 2023). A partir de ello, se recomienda continuar líneas de investigación asociadas a este tema con otras especialidades en las cuales el vínculo con pacientes y la frecuencia de pérdidas tienen características diferentes. Por ejemplo, las especialidades del servicio de emergencias, unidad de cuidados intensivos o neurocirugía pueden ofrecer contextos con experiencias diversas a las del vínculo pediátrico.

Además, se propone la construcción de instrumento cuantitativo de duelo desautorizado y significados con dimensiones personales y profesionales a partir de la propuesta de Chen y colaboradores (2022). Esto requeriría una adaptación y validación en el contexto peruano por las diferencias culturales en la construcción de significados (Lazo et al., 2016). Ello permitiría la aplicación de estudios cuantitativos y asociación con otras variables relevantes en el campo. Igualmente, se sugiere implementar estudios longitudinales para explorar la evolución de las variables a lo largo de la carrera médica en una misma muestra. Aquello permitiría identificar patrones de cambio y posibles etapas importantes para intervenciones específicas de prevención y promoción de la salud.

En esa misma línea, se sugiere diseñar intervenciones para esta población mediante dos líneas de acción. Por un lado, se deben generar cambios estructurales para implementar espacios dentro del hospital para rituales o para recomponerse después de la pérdida. Esto resulta imperativo ya que la investigación muestra que los ritos dentro del duelo favorecen la elaboración del mismo (Cattaneo et al., 2023). Por otro lado, es importante que los cambios estructurales incorporen un elemento promocional de salud para las necesidades formativas. Para ello se pueden incorporar módulos sobre autocuidado, manejo del duelo y bienestar durante el pregrado y la residencia.



Referencias

- Adams, T. L. (2010). Gender and feminization in health care professions. *Sociology compass*, 4(7), 454-465. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2010.00294.x>
- Alarcón, C. A., Heredia, P., Zafra-Tanaka, J. H., & Taype, Á. (2020). Motivos para la elección y preferencias de la especialidad médica en médicos generales del Perú. *Acta Médica Peruana*, 37(3), 284-303. <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.372.1063>
- Alcaraz, A. G. (2022). Distanasia, un dilema del personal médico. *Revista científica ciencias de la salud*, 4(2), 108-111.
- Alva, C., Nieto, W., Taype, A., Timaná, R., Herrera, P., Jumpa, D., Escobedo & Consejo Nacional de Residentado Médico (CONAREME). (2021). Asociación entre horas laboradas diariamente y presencia de síntomas depresivos en médicos residentes de Perú. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(1), 22-28. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.03.007>
- Álvarez, A., Ortega, E., Oñate, L., & Vargas, I. (2019). Experience of oncology residents with death: A qualitative study in Mexico. *BMC Medical Ethics*, 20(93), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0432-4>
- Al-Youbi, R. A., & Jan, M. M. (2013). Burnout syndrome in pediatric practice. *Oman Medical Journal*, 28(4), 252-254. <https://doi.org/10.5001/omj.2013.71>
- American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, amended effective June 1, 2010, and January 1, 2017). <http://www.apa.org/ethics/code/index.html>
- Anderson, K. A., & Gaugler, J. E. (2007). The grief experiences of certified nursing assistants: personal growth and complicated grief. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 54(4), 301-318. <https://doi.org/10.2190/t14n-w223-7612-0224>

- Apud, I. (2011). Magia, ciencia y religión en antropología social. De Tylor a Levi-Strauss. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 30(2).
- Aragón, L. (2017). La interacción entre ciencia y religión: una actualización sobre el conflicto. *InterSedes: Revista de las Sedes Regionales*, 18(37), 1-30. <http://dx.doi.org/10.15517/isucr.v18i37.28649>.
- Arango, G. L. (2016). Valores organizacionales según médicos y enfermeros de tres centros hospitalarios de Bogotá. *Acta bioethica*, 22(1), 81-90. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2016000100009>
- Ávila, J. C. (2017). La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *Iatreia*, 30(2), 216-229. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.v30n2a11>
- Ayala-Servin, N., & Torres-Romero, A. (2019). Residencias médicas en latinoamérica: una problemática para la salud pública. *Revista Científica Ciencia Médica*, 22(1), 82-83.
- Baer, T. E., Feraco, A. M., Sagalowsky, S. T., Williams, D., Litman, H. J., & Vinci, R. J. (2017). Pediatric resident burnout and attitudes toward patients. *Pediatrics*, 139(3), e20162163. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2163>
- Bajaj, N., & Reed, S. M. (2022). Thematic analysis comparing stressors for pediatric residents and subspecialty fellows at a large children's hospital. *Annals of Medicine*, 54(1), 3332-3340. <https://doi.org/10.1080/07853890.2022.2148731>
- Bajaj, N., Phelan, J., McConnell, E. E., & Reed, S. M. (2023). A narrative medicine intervention in pediatric residents led to sustained improvements in resident well-being. *Annals of Medicine*, 55(1), 849-859. <https://doi.org/10.1080/07853890.2023.2185674>
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice-Hall.
- Baro, R. C., Sigal, A. R., Massa, M., Benzadon, M., Gelpi, R. J., & Alves de Lima, A. (2023). Asociación entre niveles de empatía en médicos y satisfacción del paciente. *Medicina (Buenos Aires)*, 83(2), 212-218.

- Bastidas, C. J., & Zambrano, R. O. (2020). El duelo familiar y el desarrollo emocional en los estudiantes. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*, 5(9), 125-144. <https://doi.org/10.35381/r.k.v5i9.580>
- Bayés, R. (2006). *Afrontando la vida, esperando la muerte*. Alianza editorial.
- Bento, R. F. (1994). When the show must go on: Disenfranchised grief in organizations. *Journal of Managerial Psychology*, 9(6), 35-44. <https://doi.org/10.1108/02683949410070197>
- Bermejo, J. C., Villacieros, M., & Fernandez-Quijano, I. (2016). Escala de mitos en duelo. Relación con el estilo de afrontamiento evitativo y validación psicométrica. *Acción Psicológica*, 13(2), 129-142. <https://dx.doi.org/10.5944/ap.13.2.15965>
- Borrill, J., Lorenz, E., & Abbasnejad, A. (2012). Using qualitative methods to explore non-disclosure: The example of self-injury. *International Journal of Qualitative Methods*, 11(4), 498–512. <https://doi.org/10.1177/160940691201100406>
- Braun, V & Clarke, V. (2012). Manual APA de métodos de investigación en psicología: Diseños de investigación. *Análisis temático*, 2.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Byard, R. (2010). *Sudden Death in the Young*. Cambridge University Press.
- Cattaneo, R. A., González, N., Leafé, A., & Fleishman, R. (2023). Pediatric Resident Perceptions of a Narrative Medicine Curriculum. *Journal of Medical Humanities*, 1-13. <https://doi.org/10.1007/s10912-023-09817-x>
- Caycho, T., Vilca, L. W., Plante, T. G., Vivanco-Vidal, A., Saroli-Araníbar, D., Carbajal-León, C., Peña, B. & White, M. (2022). Strength of religious faith in Peruvian adolescents and adults: psychometric evidence from the original and short versions of the Santa Clara

- strength of religious faith questionnaire in Spanish. *Pastoral psychology*, 71(3), 399-418. <https://doi.org/10.1007/s11089-021-00972-3>
- Cesur, G., & Ari, E. (2022). How we disenfranchise grief for self and other: An empirical study. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 89(2), 530-549. <https://doi.org/10.1177/00302228221075>
- Chacaltana, K. & Rojas, L. (2019). Persistencia del síndrome burnout en internos de medicina en hospitales de Lima, Perú (año 2018). *Investigación en educación médica*, 8(32), 9-15. <https://doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2019.32.18129>
- Chen, C., Chow, A. Y. M., & Jiao, K. (2022). The meaning of patient deaths for professional caregivers: a quantitative construct validation. *Death Studies*, 47(4), 440-449. <https://doi.org/10.1080/07481187.2022.2089776>
- Córdoba, D. N., Sanz-Guerrero, D., Medina-Ch, A. M., Buitrago-Echeverri, M. T., & Sierra-González, Á. M. (2021). Fatiga por compasión y agotamiento profesional en personal de salud ante el duelo y muerte en contextos hospitalarios. *Saúde e Sociedade*, 30, e200478. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200478>
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113-126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
- De Carvalho, M., Feitosa, R. B., Oliveira, L. D. A., Souza, H. J. D., & Lobão, L. M. (2019). Percepción de la muerte en médicos y estudiantes de medicina. *Revista Bioética*, 27, 500-509. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019273334>
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167.

- Divakar, A., James, K., Mayorga, A., & Michelson, K. N. (2023). Availability of bereavement support following traumatic pediatric death in a large metropolitan area. *Death Studies*, 47(10), 1127-1135. <https://doi.org/10.1080/07481187.2023.2170492>
- Doka K. J. (1999). Disenfranchised grief. *Bereavement Care*, 18(3), 37–39. <https://doi.org/10.1080/02682629908657467>
- Domínguez, R., Romero, Z., & Cuba, M. S. (2022). Comunicación médico-paciente y satisfacción del usuario en un centro de primer nivel de atención de Lima Metropolitana, Perú. *Revista Médica Herediana*, 33(1), 35-40. <https://doi.org/10.20453/rmh.v33i1.4166>
- Du, L., Chen, C., & Yang, C. (2022). Factors influencing Chinese professional caregivers' bereavement experiences after patient deaths: A secondary qualitative study. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 85(3), 554-573. <https://doi.org/10.1177/0030222820948>
- Gaona, V. A., Campos-Navarro, L. A., Ocampo-Martínez, J., Patino-Pozas, M., & Ovalle-Luna, Ó. (2015). Expression of the concept of death by residents of a tertiary hospital. *Gaceta Médica de México*, 151(5), 576-581.
- Garrote, P., & Rojas, M. (2015). La validación por juicio de expertos: dos investigaciones cualitativas en Lingüística aplicada. *Revista Nebrija de lingüística aplicada a la enseñanza de lenguas*, (18), 124-139. <https://doi.org/10.26378/rnlael918259>
- Giménez, V. G., Olivas, O., & Scuro, J. (2025). Presentación. Salud y Religión: articulaciones, tensiones y desafíos. *Revista Uruguaya de Antropología y Etnografía*, 10(1). <https://doi.org/10.29112/ruae.v10i1.2591>
- Gómez, J. L., Monsalve, C. S., San Luis, C., Fernández, R., Aguayo, R., & Canadas, G. (2017). Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Atención primaria*, 49(2), 77-85. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.05.004>

- González, M., Ramírez, G., Del Mar Brajin, M., & Londoño, C. (2017). Estrategias cognitivas de control, evitación y regulación emocional: el papel diferencial en pensamientos repetitivos negativos e intrusivos. *Ansiedad y estrés*, 23(2-3), 84-90.
- Grandey, A. A. (2003). When "the show must go on": Surface acting and deep acting as determinants of emotional exhaustion and peer-rated service delivery. *Academy of Management Journal*, 46(1), 86–96. <https://doi.org/10.2307/30040678>
- Granek, L., Barrera, M., Scheinemann, K., & Bartels, U. (2016). Pediatric oncologists' coping strategies for dealing with patient death. *Journal of psychosocial oncology*, 34(1-2), 39-59. <https://doi.org/10.1080/07347332.2015.1127306>
- Granek, L., Bartels, U., Scheinemann, K., & Barrera, M. (2015). Challenging patient deaths in pediatric oncology. *Supportive Care in Cancer*, 23, 2349-2356. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2602-3>
- Granek, L., Bartels, U., Scheinemann, K., Labrecque, M., & Barrera, M. (2014). Grief reactions and impact of patient death on pediatric oncologists. *Pediatric blood & cancer*, 62(1), 134-142. <https://doi.org/10.1002/pbc.25228>
- Granek, L., Krzyzanowska, M. K., Tozer, R., & Mazzotta, P. (2013). Difficult patient loss and physician culture for oncologists grieving patient loss. *Journal of palliative medicine*, 15(11), 1254-1260. <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0245>
- Hayuni, G., Hasson-Ohayon, I., Goldzweig, G., Bar Sela, G., & Braun, M. (2019). Between empathy and grief: the mediating effect of compassion fatigue among oncologists. *Psycho-oncology*, 28(12), 2344-2350. <https://doi.pucp.elogim.com/10.1002/pon.5227>
- Hemmings, J. (2018). *How Psychology Works: The Facts Visually Explained*. Penguin.
- Hessels, J., Rietveld, C. A., & van der Zwan, P. (2017). Self-employment and work-related stress: The mediating role of job control and job demand. *Journal of Business Venturing*, 32(2), 178-196. <https://doi.org/10.1016/j.jbusvent.2016.10.007>

- Hibberd, R. (2013). Meaning reconstruction in bereavement: Sense and significance. *Death studies*, 37(7), 670-692. <https://doi.org/10.1080/07481187.2012.692453>
- Hinde, R. (1997). *Relationships: A Dialectical Perspective (1st ed.)*. Psychology Press.
- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. University of California Press.
- Inga-Berrosipi, F., Toro-Huamanchumo, C. J., Sánchez, L. A., Torres-Vigo, V., & Taype-Rondán, A. (2016). Características de la residencia médica en sedes docentes de Lima, Perú. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 30(2).
- Instituto Nacional de Salud del Niño [INSN]. (2018). *Situación de la Salud de la población pediátrica en el Perú*. Ministerio de Salud del Perú. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4812.pdf>
- Janos, E., Espinosa, A., & Pacheco, M. (2018). Bases ideológicas de la percepción del sistema normativo y el cinismo político en adultos de sectores urbanos del Perú. *Psykhé (Santiago)*, 27(1), 1-14. <http://dx.doi.org/10.7764/psykhe.27.1>.
- Jones, R., & Finlay, F. (2013). Medical students' experiences and perception of support following the death of a patient in the UK, and while overseas during their elective period. *Postgraduate Medical Journal*, 90(1060), 69-74. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131474>
- Kauffman, J. (Ed.). (2002). *Loss of the assumptive world: A theory of traumatic loss*. Brunner-Routledge.
- Kopstick, A. J., Sanders, B. W., Yarris, L. M., & Kelly, S. P. (2023). Preparing for the PICU: A Qualitative Study of Residents as They Prepare for Their First Pediatric Critical Care Rotation. *Journal of Pediatric Intensive Care*, 12(03), 210-218. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1731431>

- Kowalczyk, O., Roszkowski, K., Montane, X., Pawliszak, W., Tylkowski, B., & Bajek, A. (2020). Religion and faith perception in a pandemic of COVID-19. *Journal of religion and health*, 59, 2671-2677. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01088-3>
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2005). *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. Scribner.
- Laughey, W. F., Brown, M. E., Dueñas, A. N., Archer, R., Whitwell, M. R., Liu, A., & Finn, G. M. (2021). How medical school alters empathy: student love and break up letters to empathy for patients. *Medical education*, 55(3), 394-403. <https://doi.org/10.1111/medu.14403>
- Lavorgna, F., & Hutton, E. (2019). Grief severity: A comparison between human and companion animal death. *Death studies*, 43(8), 521-526. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1491485>
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Lazo, O., Alcalde, J., & Espinosa, O. (2016). *El sistema de salud en Perú: Situación y salud*. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Lopez, A. M. & Iriondo, O. I. (2019). Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Clínica Contemporánea*, 10(1), 1-19. <https://doi.org/10.5093/cc2019a2>
- Manterola, C., & Otzen, T. (2015). Los sesgos en investigación clínica. *International Journal of Morphology*, 33(3), 1156-1164. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022015000300056>
- Marcos, J. F., Cerdio, D., Campo, E. D., Gutiérrez, R. E., Castro, L. A., & Cedillo, A. C. (2021). Relación médico-paciente e inteligencia emocional, un reto en la educación médica. *Medicina y ética*, 32(3), 635-664. <https://doi.org/10.36105/mye.2021v32n3.01>
- Marín, M. (2017). Prevención de burnout y fatiga por compasión: evaluación de una intervención grupal. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 9(2), 117-123. <https://doi.org/10.1016/j.jbhsi.2018.01.008>

- Martínez, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência & saúde coletiva*, 17, 613-619. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>
- McKinley, N., McCain, R. S., Convie, L., Clarke, M., Dempster, M., Campbell, W. J., & Kirk, S. J. (2020). Resilience, burnout and coping mechanisms in UK doctors: a cross-sectional study. *BMJ open*, 10(1), e031765. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031765>
- Navarro, A. N., Espinoza, L., Ortíz, M., & Castolo, M. C. (2017). Representaciones sociales del médico, paciente y atención médica. *Revista CONAMED*, 22(3), 110-119.
- Nieto, W., Bendezú, G., & Taype, Á. (2016). ¿Por qué hacen huelga los internos de Medicina en Perú?. *Revista médica de Chile*, 144(4), 538-539. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000400020>
- Nino, A. & Reyes, E. (2016). Diferencias entre el enfoque preventivo y el de promoción de la salud. En: Nino, A & Reyes, E. Allin Kay (Eds): *Una guía para la promoción de la salud*. Colegio Médico del Perú.
- Núñez, M. P., & Santamarina, M. (2017). Propuesta de análisis crítico del discurso en entrevistas clínicas en profundidad. *Cinta de moebio*, (59), 198-210. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2017000200198>.
- O'Dowd, E., O'Connor, P., Lydon, S., Mongan, O., Connolly, F., Diskin, C., McLoughlin, A., Rabbit, L., McVicker, L., Reid, B. & Byrne, D. (2018). Stress, coping, and psychological resilience among physicians. *BMC health services research*, 18, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3541-8>
- Oakman, N., Lim, J., Bui, C., Kaplan, H., & Sherman, S. (2021). When patients die: Patient memorials and group reflection in an internal medicine residency program. *Baylor*

University Medical Center Proceedings, 34(1), 56–58.

<https://doi.org/10.1080/08998280.2020.1818164>

Ogden, J. (2023). *Health Psychology: A textbook*. McGraw Hill.

Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 2, 115–144. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.1.2.115>

Peña, A. N., Ruiz-Cervantes, W., Barrios-Olán, C., & Chávez-Aguilasoch, A. I. (2023). Relación médico-paciente y adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 61(1), 55.

Peña, G., & Pozo, C. (2024). *Duelo por ruptura amorosa y florecimiento en estudiantes: El rol mediador de la autocompasión*. *Revista de Psicología*, 42(1), 305-330. <https://doi.org/10.18800/psico.202401.011>

Pistrang, N., & Barker, C. (2012). Varieties of qualitative research: A pragmatic approach to selecting methods. En H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol. 2. Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (pp. 5–18). American Psychological Association.

Pujol, L., & Dabos, G. (2021). Respuestas diferenciales ante las demandas emocionales del trabajo: una revisión de la literatura sobre características individuales y trabajo emocional. *Estudios Gerenciales*, 37(160), 472-491. <https://doi.org/10.18046/j.estger.2021.160.4088>

Pujol, L., & Dabos, G. E. (2021). Respuestas diferenciales ante las demandas emocionales del trabajo: una revisión de la literatura sobre características individuales y trabajo emocional. *Estudios Gerenciales*, 37(160), 472-491. <https://doi.org/10.18046/j.estger.2021.160.4088>

- Pun, J. K. H., Chan, E. A., Wang, S., & Slade, D. (2018). Health professional-patient communication practices in East Asia: An integrative review of an emerging field of research and practice in Hong Kong, South Korea, Japan, Taiwan, and Mainland China. *Patient Education and Counseling*, 101(7), 1193–1206. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.01.018>
- Robalo, I., José, H., & Capelas, M. L. (2018). Grieving With Humor: A Correlational Study on Sense of Humor and Professional Grief in Palliative Care Nurses. *Holistic nursing practice*, 32(2), 98–106. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000255>
- Rogalla, K. B. (2020). Anticipatory grief, proactive coping, social support, and growth: Exploring positive experiences of preparing for loss. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 81(1), 107-129. <https://doi.org/10.1177/003022281876146>
- Rosado, G., & Varas, N. (2019). Experiencias y Proceso de duelo entre profesionales de enfermería oncológica pediátrica: Experiences and grieving process among pediatric cancer nurses. *Revista Puertorriqueña de psicología*, 30(2), 290.
- Roslan, N. S., Yusoff, M. S. B., Asrenee, A. R., & Morgan, K. (2021). Burnout Prevalence and Its Associated Factors among Malaysian Healthcare Workers during COVID-19 Pandemic: An Embedded Mixed-Method Study. *Healthcare*, 9(1), 90. <https://doi.org/10.3390/healthcare9010090>
- Seravalli, E. P. (1988). The Dying Patient, the Physician, and the Fear of Death. *New England Journal of Medicine*, 319(26), 1728–1730. <https://doi.org/10.1056/NEJM198812293192609>
- Singh, M. (2016). Communication as a bridge to build a sound doctor-patient/parent relationship. *The Indian Journal of Pediatrics*, 83(1), 33-37. <https://doi.org/10.1007/s12098-015-1853-9>

- Sisalima, J. S., & Córdova, F. M. C. (2020). Prevalencia de Apendicitis Complicada y Factores Asociados, en el Servicio de Cirugía Pediátrica de los Hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga: Artículo Original. *Revista Ecuatoriana de Pediatría*, 21(3), 1-21. <https://doi.org/10.52011/0031>
- Spitzenstätter, D., & Schnell, T. (2025). The uncertain certainty: A mixed methods exploration of personal meanings of death and preliminary insights into their relationship with worldview. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 91(3), 1483-1508. <https://doi.org/10.1177/00302228231157135>
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada*. Universidad de Antioquia.
- Stroebe, M., Schut, H., & Boerner, K. (2017). Models of coping with bereavement: an updated overview. *Studies in Psychology*, 38(3), 582-607. <https://doi.org/10.1080/02109395.2017.1340055>
- Swedlund, M. P., Schumacher, J. B., Young, H. N., & Cox, E. D. (2012). Effect of communication style and physician–family relationships on satisfaction with pediatric chronic disease care. *Health communication*, 27(5), 498-505. <https://doi.org/10.1080/10410236.2011.616632>
- Tates, K., Elbers, E., Meeuwesen, L., & Bensing, J. (2002). Doctor–parent–child relationships: a ‘pas de trois’. *Patient education and counseling*, 48(1), 5-14. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00093-9](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00093-9)
- Thory, K. (2013). A gendered analysis of emotional intelligence in the workplace: Issues and concerns for human resource development. *Human Resource Development Review*, 12(2), 221-244. <https://doi.org/10.1177/1534484312469100>

- Timofeiov, I. G., & Măirean, C. (2023). Workplace humour, compassion, and professional quality of life among medical staff. *European journal of psychotraumatology*, 14(1), 2158533. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2158533>
- Tobón, L. J. (2021). Fatiga por compasión y autocuidado en profesionales de la salud. El campo del cuidado y la responsabilidad personal. *El Ágora USB*, 21(2), 726-747. <https://doi.org/10.21500/16578031.4792>
- Touchie, C., De Champlain, A., Pugh, D., Downing, S., & Bordage, G. (2014). Supervising incoming first-year residents: faculty expectations versus residents' experiences. *Medical education*, 48(9), 921-929. <https://doi.org/10.1111/medu.12503>
- Trowbridge, A., Bamat, T., Griffis, H., McConathey, E., Feudtner, C., & Walter, J. K. (2020). Pediatric resident experience caring for children at the end of life in a children's hospital. *Academic pediatrics*, 20(1), 81-88. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2019.07.00>
- Urday, D., & Cuba, M. S. (2019). Medicina narrativa. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(1), 109-113. <https://doi.org/10.15381/anales.v80i1.15880>
- Vedder, A., Boerner, K., Stokes, J. E., Schut, H. A., Boelen, P. A., & Stroebe, M. S. (2022). A systematic review of loneliness in bereavement: Current research and future directions. *Current Opinion in Psychology*, 43, 48-64. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2021.06.003>
- Vega, V. P., González, R. R., Bustos, M. J., Rojo, S. L., López, E. M. E., Rosas, P. A., & Hasbun, I. (2017). Relationship between grief support and burnout syndrome in professionals and technicians of pediatric health. *Revista chilena de pediatría*, 88(5), 614-621. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000500007>
- Vehovar, V., Toepoel, V., & Steinmetz, S. (2016). Non-probability sampling. En T. P. Johnson, J. A. D. Park, C. H. Cho, P. J. Lavrakas, & R. A. M. Ridenhour (Eds.), *The Sage*

- handbook of survey methods* (pp. 329-345). Amsterdam Institute for Social Science Research (AISSR).
- Villanueva, M. (2023). Ser paciente como categoría límite de la galenidad: un análisis relacional a la deshumanización de la medicina. *En-Claves Del Pensamiento*, (33), e608. <https://doi.org/10.46530/ecdp.v0i33.608>
- Vivian, L. (2012). ‘We didn't do anything wrong, we tried our best, but they just died... we tried, we really tried’: Child Deaths in the Paediatric Intensive Care Unit, Red Cross Children's Hospital, Cape Town, South Africa. *African Studies*, 71(2), 287-303. <https://doi.org/10.1080/00020184.2012.702970>
- Weber, L. M., Bauer, L., & Führer, A. (2025). Hierarchy hurts: a comparative cross-sectional analysis of empathy and its determinants in medical, midwifery, and nursing students. *BMC Medical Education*, 25(1), 1-13 <https://doi.org/10.1186/s12909-025-07683-w>
- Weingarten, M. A., Guttman, N., Abramovitch, H., Margalit, R. S., Roter, D., Ziv, A., Yaphe, J., & Borkan, J. M. (2010). An anatomy of conflicts in primary care encounters: a multi-method study. *Family practice*, 27(1), 93–100. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmp082>
- Wen, W. Q. W., Griffin, C., Sverdlichenko, I., & Vegas, D. B. (2023). The impact of patient death experiences early in training on resident physicians: a qualitative study. *Canadian Medical Association Open Access Journal*, 11(5), E1006-E1011. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20230011>
- Whaley, Z., Palenzuela, D., Brian, R., Golisch, K. B., Jones, B., Lucy, A. T., Alseidi, A., Corey, B., Halverson, A., Fahey, T., Merianos, D. Mullen, J. Soo, Y., Petrusa, E., Prince, H., Pusic, M., Wolbrink, T. & Phitayakorn, R. (2023). Examining the mindsets of general surgery residents and faculty. *Global Surgical Education-Journal of the Association for Surgical Education*, 2(1), 105. <https://doi.org/10.1007/s44186-023-00183-9>

- Wilson, P. M., Herbst, L. A., & Gonzalez-del-Rey, J. (2018). Development and implementation of an end-of-life curriculum for pediatric residents. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 35(11), 1439-1445. <https://doi.org/10.1177/1049909118786870>
- Worden, J. W. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós.
- Yan, Y. (2018). The ethics and politics of patient-physician mistrust in contemporary China. *Developing World Bioethics*, 18(1), 7–15. <https://doi.org/10.1111/dewb.12155>
- Yu, B., Xu, M., Lu, L., & Zhang, X. (2023). Burnout syndrome, doctor-patient relationship and family support of pediatric medical staff during a COVID-19 Local outbreak in Shanghai China: A cross-sectional survey study. *Frontiers in Pediatrics*, 11, 1093444. <https://doi.org/10.3389/fped.2023.1093444>
- Zambrano, S. C., & Barton, C. A. (2011). On the journey with the dying: how general practitioners experience the death of their patients. *Death studies*, 35(9), 824-851. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.553315>
- Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological well-being: A review of the literature and some conceptual considerations. *Human resource management review*, 12(2), 237-268. [https://doi.org/10.1016/S1053-4822\(02\)00048-7](https://doi.org/10.1016/S1053-4822(02)00048-7)
- Zhang, Z., Fu, H., Shen, Q., Wen, Z., Yang, Y., Lin, Y., Liu, J., & Gao, Y. (2024). Professional grief experiences of intensive care unit nurses in China following patient deaths: A qualitative study. *Social Science Research Network*. 1-25. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01054-8>
- Zysberg, L., & Moore, A. (2017). Demographic and personal correlates of new masculinities: Focus on the role of emotional intelligence. *International Journal of Psychology and Counselling*, 9(1), 1-9. <https://doi.org/10.5897/IJPC2016.0459>

Apéndices

Apéndice A - Consentimiento informado

Estimado/a participante,

El propósito de este documento es explicar a los participantes de esta investigación el rol que desempeñarán en el estudio. Esta investigación es parte del proyecto de Tesis a cargo de Mariafé Miranda Castro, estudiante de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú y supervisada por el Mag. Jorge Borja. Bajo este contexto, el propósito de esta investigación es explorar las experiencias de duelo en el contexto de trabajo hospitalario.

Para ello, se le invita participar en una **entrevista** virtual que tomará aproximadamente 1 hora de su tiempo. Su participación en la investigación es completamente anónima y voluntaria, por lo que usted puede decidir interrumpirla en cualquier momento. Además, la información que se proporcione será completamente confidencial y empleada para fines académicos. De igual manera, si considera pertinente, puede dejar de responder las preguntas que le causen malestar o detener su participación sin que ello le perjudique de ninguna forma. Asimismo, se espera que la entrevista pueda ser capturada en una grabación de voz para poder facilitar su transcripción. Una vez concluida la investigación, usted podrá conocer los resultados generales del proyecto mediante una infografía, en los cuales podrá verificar la importancia de su participación.

Si tuviera alguna pregunta o duda sobre las implicancias de su participación en esta investigación, puede comunicarse con la estudiante al correo mariafe.mirandac@pucp.edu.pe o con el asesor jborjac@pucp.edu.pe

Luego de haber leído las implicancias correspondientes, ¿acepta participar voluntariamente en la investigación?

Sí () No ()

¿Desea ser contactado/a para recibir la devolución de resultados?

Sí () No ()

Firma

Nombres y Apellidos:

Presentación y grabación del consentimiento informado en la entrevista

Esto se realiza al inicio de la grabación de Zoom, después de que se ha leído el consentimiento informado en la sesión virtual.

Muchas gracias por tu tiempo y por aceptar participar en esta investigación. Antes de comenzar vamos a retomar brevemente algunos puntos del consentimiento informado que recibiste.

- Primero, te reitero que tu participación es completamente voluntaria y anónima. Esto significa que se usarán pseudónimos y la información se analizará en grupo junto con la de los demás participantes para garantizar la confidencialidad. Luego las grabaciones de voz realizadas, serán eliminadas en un periodo no mayor a 5 años cuando la investigación haya concluido.
- Segundo, tienes la total libertad de no responder alguna pregunta que te resulte incómoda o que simplemente no quieras contestar.
- Tercero, puedes retirarte de la entrevista o del estudio en cualquier momento, sin que esto te genere ningún tipo de perjuicio.
- Cuarto, al finalizar la investigación puedes recibir los resultados mediante una infografía y la invitación a algún evento en el que se presente la información.

Finalmente, te recuerdo que en el documento están mis datos de contacto y los de mi asesor de tesis, por si tuvieras cualquier duda.

Con todo ello ¿Mantienes tu participación en la investigación?

Apéndice B - Protocolo de Contención de la Facultad de Psicología PUCP

En la práctica investigativa, existen temas que pueden ser movilizantes para muchas personas (tanto participantes como investigadores/as), despertándose fuertes respuestas afectivas y de ansiedad. Por este motivo, es una necesidad ética que los/las investigadores/as sean capaces de ser conscientes y prever los efectos que sus técnicas de recolección puedan tener en los/las participantes; así como también reconocer la importancia del autocuidado (en la investigación y cualquier otra actividad psicológica).

Particularmente, en cuanto a los participantes, los/las investigadores/as deben estar capacitados/as para contener afectivamente a los/las participantes y responder apropiadamente ante situaciones de estrés emocional que observen en ellos/ellas durante el proceso de recolección de información. Con esto en mente, proponemos este protocolo de contención virtual, el cual busca ser una herramienta de soporte para el/la investigador/a. Este protocolo está compuesto por cinco partes:

- 1) Herramientas actitudinales para el recojo de información;
- 2) Consideraciones especiales para técnicas de recolección sincrónica;
- 3) Consideraciones especiales para técnicas de recolección asincrónica
- 4) Anexos de derivación
- 5) Lineamientos para el autocuidado.

1) Herramientas actitudinales para el recojo de información

- **Escucha empática:** Muchas veces lo que nos comparte una persona puede no resultarnos familiar, e incluso extraño. Entonces, para poder entender lo que se nos dice, es necesario escuchar a la persona con empatía, es decir, *desde su propio marco de referencia (afectivo y social)*. Esto implica entrar a un juego imaginativo donde, por momentos, nos “ubicamos” en el lugar de la otra persona, para luego volver a uno/a mismo/a, y así compenetrarse con lo que la otra persona siente y piensa.
- **Escucha activa y respetuosa:** Aunado a la escucha empática, es importante recordar que cuando conversamos con alguien, debemos aprender a escuchar atenta y respetuosamente. Una **escucha activa** implica estar atento/a al contenido del discurso, no sólo a lo explícito, sino también a las **connotaciones** del lenguaje, al **tono afectivo** que acompaña al discurso (es decir, *cómo* se dicen las cosas), y a la **congruencia entre el lenguaje verbal (lingüístico y paralingüístico) y no verbal**. Por su lado, una **escucha respetuosa** implica **no prejuzgar ni juzgar** aquello que la persona nos comparte, utilizando nuestros propios horizontes de comprensión (incluso si no estamos de acuerdo con lo compartido). Estamos en un rol de investigadores/as, preguntamos para descubrir y comprender aquello que el/la participante nos cuenta, mas no para hacer un juicio de valor ni hacer algún tipo de diagnóstico de aquello que se nos comparte.

- **Consideración positiva:** Además de la escucha respetuosa, libre de prejuicios y juicios de valor, debemos también **valorar que la persona participante está haciendo lo mejor que puede según sus circunstancias y su nivel de conciencia;** aún así no nos parezca “adecuado” lo que nos cuente.
- **Favorecer la expresión:** Dado que nos interesa comprender el fenómeno de estudio desde la perspectiva de los/las participantes, es importante ser capaces de facilitar su expresión. En caso percibamos que el/la participante responde de forma superficial o presente dificultades para elaborar sus experiencias, se sugiere el uso de repreguntas (p. ej., “¿cómo así?”, “¿y qué significa para ti esto que me mencionas?”) o de la técnica del “reflejo” (repetir lo último que dijo la persona) para **favorecer sus procesos de elaboración y expresión de la experiencia narrada.**
 - Por el contrario, si presentimos u observamos que esta dificultad para elaborar sus respuestas podría ser el resultado de una fuerte respuesta afectiva o de ansiedad sentida por el/la participante, podríamos preguntarle a la persona, muy respetuosamente, si es que la pregunta o estímulo le genera algún tipo de incomodidad; y de ser así, se le pregunta si prefiere pasar a la siguiente pregunta/estímulo, o si gusta detener la entrevista para brindarle un espacio de escucha y contención.
- **Concretización:** El lenguaje es un fenómeno psicosocial cargado de afectos y connotaciones que escapan a la literalidad del contenido manifiesto. Por este motivo, es importante **explorar el significado personal (connotativo)** de aquello mencionado por el/la participante, así como **las particularidades de las situaciones narradas.** En este sentido, lejos de presumir o hacer asunciones sobre sus experiencias, sugerimos explorar las especificidades del discurso. Para ello, podemos utilizar repreguntas; por ejemplo, “cómo así”, “como cuál”, “para qué”, “cómo”, “por qué”, “cuándo”, “dónde”, entre otras.

2) Consideraciones especiales para técnicas de recolección sincrónicas^[1]

- Durante el transcurso de estas conversaciones sincrónicas, la **privacidad** cobra un nuevo significado. Si bien el/la participante puede, o no, disponer de un espacio privado, **el/la entrevistador/a debe procurar encontrarse en un espacio privado y seguro, libre de interrupciones,** de modo que pueda prestarle respetuosa atención a la persona entrevistada, y al mismo tiempo, garantizar que lo comunicado no sea escuchado por terceros.
- Durante el transcurso de los encuentros virtuales, con el propósito de facilitar el establecimiento de un vínculo más cálido en el cual se desarrollará la conversación, **el/la entrevistador/a, en la medida de lo posible, tendrá su cámara encendida,** de modo que la persona participante pueda tener la imagen de una persona frente a sí.
- En caso el/la participante encuentre su capacidad de contención afectiva desbordada por la magnitud de los afectos presentes en la comunicación, **cada entrevistador/a tendrá a su disposición una serie de técnicas de relajación^[2] para facilitar su**

retorno a una sensación de tranquilidad. En estos casos, se debe conversar con el/la participante si se encuentra afectivamente disponible para seguir con la entrevista; de lo contrario, brindarle un espacio de escucha y contención, y de ser posible, programar una segunda sesión para continuar con la entrevista.

- En caso esta situación ocurra durante una **entrevista por chat**, se detendrá la entrevista y se le preguntará a el/la participante si desea conversar por llamada o videollamada para facilitar la técnica de relajación. En caso la persona no lo desee, se le preguntará si desea continuar con la entrevista, o dejarlo para otro momento. En cualquier caso, previa explicación, se le facilitará por correo electrónico el documento “Anexos de derivación”.
- A continuación, les presentamos un ejemplo de escenario de desborde afectivo que puede ocurrir durante el transcurso de una entrevista sincrónica:

Ante la observación de un grado de malestar significativo, llanto o quiebre de la persona,

1. Pausar la grabación y la entrevista.
2. Se le indica que se hará una pausa a la entrevista y a la grabación, *“vamos a parar aquí por un momento la entrevista, y también vamos a detener la grabación”*.
 1. En todo momento, hacer contacto visual (dentro de lo posible) con la persona afectada^[3], de modo que se pueda facilitar una sensación de calidez, compañía, y que la persona participante perciba que se encuentra con alguien en quien puede confiar.
3. Validar la reacción y la expresión afectiva de el/la participante. Se le podría decir algo como lo siguiente, *“me estás comentando una experiencia difícil. Entiendo que pensar al respecto te puede hacer sentir angustia. Considera que estoy aquí para escucharte en caso lo necesites”*.
4. Realizar ejercicios de respiración para facilitar la relajación de la persona participante.
 1. Inhalar y exhalar *junto con* el/la entrevistado/a durante unos minutos hasta que la persona se sienta más tranquila.
 1. Se le indica a la persona respirar lenta y profundamente por las fosas nasales, dirigir el aire al estómago, retener la respiración por unos segundos (cinco aproximadamente), y luego exhalar lenta y profundamente por la boca.
 2. Durante este ejercicio de respiración, se le pide a la persona que preste atención solamente a la entrada y salida del aire, sin modificar su respiración. Podría ayudar si se cierran los ojos y se intenta visualizar un globo a la altura de la boca del estómago (debajo del esternón, entre las costillas) que se va inflando y desinflando junto a la respiración; también, con las manos se puede hacer como si se tocara el contorno del globo a medida que se infla y desinfla.
 3. Si aparecen pensamientos negativos durante el ejercicio de respiración, se le pide a la persona que focalice la atención en su respiración.

4. Esperar a que el/la participante se calme.
5. Al final del ejercicio, cuando la persona haya logrado mayor tranquilidad, se le pregunta cómo está, si se siente más tranquilo/a, y si desea continuar con la entrevista o suspenderla.
 1. En caso el/la participante decida terminar con la entrevista, se le pregunta si estaría bien programar una segunda sesión de la entrevista, o si desea dejar de participar en el proceso de investigación.
 2. En cualquiera de ambos escenarios, se le agradece por su tiempo y por compartir sus experiencias con el/la entrevistador/a. Se le pregunta si desea recibir una cartilla con números telefónicos a los que puede acudir en caso desee ayuda profesional con su malestar. De ser así, se le envía por correo dicho documento (“Anexo de derivación”).

3) Consideraciones especiales para técnicas de recolección asincrónicas^[4]

- Dado que en el uso de estas técnicas de recolección no podemos cerciorarnos de manera inmediata si el/la participante presenta un momento de intensa respuesta afectiva y/o de ansiedad generada por la investigación, es muy importante que durante el consentimiento informado se le informe a la persona que puede contactarse con el/la entrevistador/a si necesita ser escuchado/a, así como ofrecerle una lista de instituciones a las cuales puede acudir por ayuda profesional (documento “anexo de derivación”). De este modo, se le devuelve a la persona un recurso que puede utilizar para poder afrontar su malestar en un entorno seguro y con la ayuda de profesionales capacitados.
- Recomendamos que el equipo investigador monitoree y discuta previamente si el proceso de recolección de información vía encuestas, diarios o entrevistas no sincrónicas podría movilizar afectivamente a sus participantes.
- Durante el proceso de recolección de información, en caso se identifique que un/a participante se sienta afectivamente movilizado/a, el/la integrante que esté llevando a cabo el recojo de información con esta persona, deberá ofrecerle una llamada o videollamada para que el/la participante tenga un espacio de escucha y contención. Además, deberá **comunicar inmediatamente sobre esta situación al equipo docente para poder planificar con mayor detenimiento dicho espacio de contención.**
 - Para este encuentro sincrónico, les brindamos algunos lineamientos:
 - Primero, se le debe indicar a el/la participante que este es un espacio seguro y que nada de lo conversado saldrá de este encuentro ni será considerado para el análisis de la información recogida.
 - Segundo, se le debe indicar al participante que estamos allí para escuchar lo que quiera compartir respecto a cómo le ha afectado o está afectando el pensar en los temas asociados al proceso de investigación.

- Tercero, cuando el/la participante comparta sus afectos y pensamientos, debemos procurar mantener una escucha activa, empática y respetuosa.
- Cuarto, además de facilitar el espacio de contención, debemos brindarle el listado de recursos del “Anexo de derivación”.
- Recuerden que este no será un espacio de consejería ni de psicoterapia; además, deben ser conscientes del lugar de poder desde donde se posicionan al señalar que son estudiantes de psicología. Por lo tanto, sean muy cuidadosos/as con aquello que puedan comunicarle a la persona.

4) Anexos de derivación

El presente documento es una recopilación de recursos psicosociales (estatales y privados) a los cuales sus participantes pueden acceder en caso de necesitar algún tipo de ayuda profesional o legal. En este sentido, el anexo de derivación es un recurso en sí mismo del cual ustedes, como investigadores/as, se pueden servir para poder facilitar una contención afectiva a las personas con las que estén trabajando. Por ende, es importante que esta posibilidad quede explicitada durante el proceso del consentimiento informado.

Atención psicológica

- Centro de Escucha de La Ruiz, :
<https://www.facebook.com/CentrodeEscuchadelaRuiz/> - Correo:
centrodescucha.ruiz@uarm.pe
- Centro de Psicoterapia Psicoanalítica de Lima: WhatsApp 970-089-355
- Lázuli - Atención psicológica virtual: <https://www.facebook.com/lazulipe/>
- Sentido - Centro Peruano de Suicidología y Prevención del Suicidio: 498-2711
<http://www.sentido.pe>
- “Hora Segura”. Chat psicológico gratuito para personas LGBTQ+ por Facebook (Horarios de atención: lunes 20:00-21:30 hrs., martes 20:00-21:30 hrs., jueves 15:00-16:30 hrs.): <https://www.facebook.com/itgetsbetterperu/>

Orientación médica

- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas: 201-6500
- EsSalud a nivel nacional para información sobre coronavirus (COVID-19): 107

Atención en violencia

- Denuncia contra la violencia familiar y sexual: Línea 100. Funciona las 24 horas, todos los días de la semana.
- Ministerio de Salud, en caso de informes, consejería en salud y psicología, atención y orientación ante casos de violencia familiar y contra la mujer: 113, anexo 5.

Orientación legal y policial

- Central policial: 105

- Defensoría del Pueblo Línea gratuita: 0800-15170
- Asesoría Legal Gratuita del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos: Fono ALEGRA 1884 (Horario de atención: 08:00 - 18:00 hrs. de lunes a viernes)
- Manual de Denuncias por discriminación por orientación sexual, identidad o expresión de género para personas LGBT+ (facilitado por la ONG “Más Igualdad” y el Grupo de Investigación en Derecho, Género y Sexualidad de la Pontificia Universidad Católica del Perú): <https://www.masigualdad.pe/manual-de-denuncias-lgbtiq>

5) Lineamientos para el autocuidado

En ocasiones, en cualquier ámbito de la práctica psicológica (incluida la investigación), el contacto con las experiencias de vida de otras personas puede también ser movilizante para los/las psicólogos/as. Esto pone de relieve la importancia del autocuidado para cualquier estudiante y/o profesional (no sólo en psicología) que trabaje en contacto directo con personas. En este sentido, contamos con diversos mecanismos de afrontamiento para poder contrarrestar el malestar sentido por nuestra práctica psicológica; estrategias que dependen de las preferencias y posibilidades de cada uno/a. Es importante que podamos identificarlas y potenciar aquellas más saludables.

De forma complementaria a sus estrategias de autocuidado, como equipo docente, tanto docentes como asistentes, tenemos la obligación pedagógica y ética de velar por el bienestar de todos/as ustedes durante sus procesos de aprendizaje y formación profesional. Con esto en mente, en caso ustedes se lleguen a sentir abrumados/as por aquello que es mencionado por sus participantes, les pedimos contactar con alguno de los miembros del equipo docente, de modo que podamos evaluar la situación y utilizar los canales institucionales pertinentes (desde sesiones de acompañamiento hasta derivación al programa de tutoría de la Facultad de Psicología).

Con todo ello, de manera general, algunas recomendaciones adicionales que podemos brindarles son las siguientes:

- Si alguien siente ansiedad o temor antes de realizar una entrevista sincrónica, o por el tema a trabajar, recuerden que durante sus entrevistas, estarán acompañados/as por alguno/a de sus compañeros/as. Esta situación también puede ser conversada con el equipo docente.
- Si uno/a de ustedes se siente agobiado/a por la sobrecarga de responsabilidades académicas, laborales o afectivas, recomendamos no hacer la entrevista si es que esta se siente como muy demandante, y contactar con su grupo y miembro del equipo de docentes que acompaña su trabajo.
- Si bien la fortaleza emocional es una herramienta valiosa para el trabajo con personas, también es muy importante ser conscientes de cuándo es momento para tomar una pausa y buscar ayuda profesional.
- Dado que este curso es parte de un proceso de aprendizaje, recuerden que, como equipo docente, estaremos atentos/as a cualquiera de sus dudas en términos éticos

y del propio proceso de investigación. Por ende, es muy importante que nos comuniquen sobre cualquier inquietud o dificultad que pueda presentarse durante sus investigaciones.

[1] Sea esta una entrevista individual virtual o por chat, un grupo focal, u observación plena y/o periférica.

[2] En esta dirección se podrán encontrar algunas técnicas de respiración para fomentar la relajación: <https://psicologiaymente.com/vida/ejercicios-de-respiracion-para-relajarte>

[3] Mirando a la persona, con la vista y rostro en dirección al lente de la cámara.

[4] Sean estas encuestas, diarios solicitados, entrevistas por correo, completar historias, o análisis de blogs.



Apéndice C - Ficha de datos sociodemográficos

1. Edad (en números): _____
2. Género: _____
3. Religión:
 - Católica
 - Cristiana
 - Agnosticismo
 - Ateísmo
 - Otro: _____
4. Universidad de procedencia:
5. Especialidad de la residencia:
6. La especialidad que estoy cursando es mi primera especialidad
 - Sí
 - No
7. Centro de residencia:
8. Etapa de formación en la residencia
 - R1
 - R2
 - R3
 - R4
 - Asistente
9. Horas promedio de labor durante la semana:
10. Tengo contacto pre y post operatorio con el paciente o la familia
 - Sí
 - No
11. He experimentado una pérdida significativa en los últimos 6 meses
 - Sí
 - No
12. Si tu respuesta es “Sí” ¿Cuál fue la pérdida? : _____

Apéndice D - Guía de entrevista semiestructurada

Inicio

Dar la bienvenida al participante, agradecer por su disposición y explicar el consentimiento informado.

Rapport

- Cuéntame ¿Qué te llevó a elegir esta especialidad para tu residencia?
- ¿Cuáles son los casos más comunes que sueles atender en tus rotaciones?

Desarrollo

Primer bloque: Significados atribuidos a la muerte

- ¿Cómo defines la muerte?
- ¿Crees que es diferente la manera en la que tú la percibes, siendo cirujano/a pediátrico a la de personas que no trabajan en medicina? ¿Por qué? ¿Y entre especialidades?
- ¿Cómo crees que tu formación médica ha moldeado tu percepción de la muerte?
- ¿Qué significa para tí la muerte de un niño durante la atención hospitalaria?
 - ¿Consideras que se diferencia de los pacientes adultos?
- Solo para asistentes y R3: ¿Cómo ha evolucionado tu visión sobre la muerte a lo largo de tu residencia? ¿Qué generó este cambio?

Segundo bloque: Experiencia de duelo y afrontamiento

Caso indirecto para iniciar el bloque:

Carlos, en su segundo año de residencia, atendió a Valeria, una niña de 8 años. Carlos había estado muy involucrado en el cuidado de Valeria, la madre siempre le hacía preguntas sobre el progreso, y el padre, aunque más reservado, estaba presente en todas las consultas. A pesar de los esfuerzos médicos, ella falleció durante una intervención quirúrgica y Carlos, acompañado de su superior, comunicó la noticia a los progenitores. La madre, entre lágrimas, les preguntó por qué no habían podido salvar a su hija.

- ¿Cómo crees que Carlos se sintió en esta situación?
 - ¿Qué le dirías a Carlos en su situación?

- ¿Qué crees que fue lo más difícil para Carlos en este proceso?
- Y en tu caso ¿Cómo te sientes cuando fallece algún niño o niña que atendiste?
 - ¿Con qué frecuencia sucede esto?
 - ¿Qué ideas vienen a tu mente al enterarte y/o presenciar la pérdida?
- ¿Qué sueles hacer para sentirte mejor en estas circunstancias?
- ¿Sueles hablar con alguien sobre esto? ¿Por qué? ¿Con quién? ¿Cómo te ayuda?
- ¿Cómo es para ti la experiencia de comunicar a la familia el fallecimiento del niño o niña?
- ¿Cómo crees que estas pérdidas [frecuentes] impactan tu práctica laboral?

Por ejemplo, en tu aprendizaje o en tu capacidad para atender a los pacientes

 - ¿y en tu vida personal?
- ¿Hay alguna experiencia en particular en tu contexto laboral que haya cambiado tu manera de ver la muerte? ¿Podrías compartirla?
 - ¿Cuál fue este cambio personal o profesional?
- ¿Qué opinas de esta afirmación: “ Para los médicos es complicado expresar cómo se sienten porque ya está normalizado”?
- ¿Qué opinas de esta afirmación según tu experiencia: “Hay profesionales que prefieren poner una distancia emocional para cuidarse de las pérdidas”?

¿Cómo consideras que esto puede apoyar/no apoyar a aceptar la pérdida?
- ¿Consideras que la formación universitaria que has recibido o tu residencia te ha preparado para estas experiencias? ¿Cómo?
- Solo para asistentes y R3: ¿Consideras que con el tiempo ha habido un cambio en cómo vives estas situaciones o en cómo las enfrentas en este punto de tu carrera?

¿Cómo así?
- Solo para asistentes y R3: ¿Qué le dirías a un residente de primer año que aún no ha experimentado el fallecimiento de un paciente?

Cierre

Agradecer al participante por su tiempo

- Luego de toda esta conversación ¿Hay alguna otra cosa que desees compartir sobre el tema?