



Universidad
Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA**

Trabajo Académico

Afrontamiento y resiliencia del enfermero ante la muerte del paciente en el
Servicio de Oncología del IREN Centro, Junín, 2026

Para optar el Título de
Especialista en Enfermería Oncológica

Presentado por:

Autora: Castellares Hermoza, Diana Carolina

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-5354-1831>

Asesora: Dra. Benavente Sanchez, Yennys Katiusca

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0414-658X>

Lima – Perú

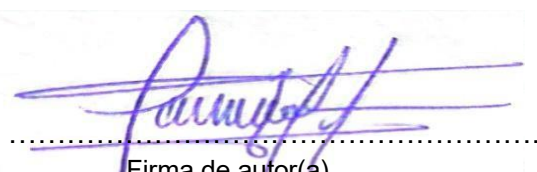
2026

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSION: 01 REVISIÓN: 01

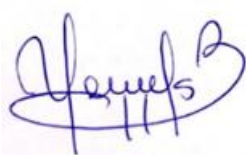
Yo, Castellares Hermoza Diana Carolina, Egresada (o) de la Facultad de Ciencias de la Salud, Programa Académico de Enfermería, Segunda Especialidad en Enfermería Oncológica, de la Universidad Privada Norbert Wiener; declaro que el trabajo académico titulado **“AFRONTAMIENTO Y RESILIENCIA DEL ENFERMERO ANTE LA MUERTE DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL IREN CENTRO, JUNÍN, 2026”**, Asesorado por el Docente Benavente Sánchez Yennys Katiusca, DNI 71233501 código ORCID **0000-0002-0414-658X** tiene un índice de similitud de 16%, OID: :14912:599802628, verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



Firma de autor(a)
 CASTELLARES HERMOZA DIANA CAROLINA
 71233501 / CE 93053



Firma del Asesor
 Benavente Sánchez Yennys Katiusca
 DNI / CE N°003525040

Lima, 13 junio 2026

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación, en primer lugar, a Dios, por brindarme fortaleza, sabiduría y perseverancia para continuar en cada etapa de mi formación profesional y personal.

Asimismo, dedico este estudio a todos los profesionales de enfermería que día a día brindan cuidados humanizados a pacientes oncológicos, enfrentando con valentía y resiliencia situaciones emocionalmente complejas, convirtiéndose en ejemplo de vocación y compromiso con la vida y la dignidad humana.

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi profundo agradecimiento a Dios por permitirme culminar este importante proyecto académico y guiar cada paso de mi formación profesional.

A mis padres y familiares, por su amor, apoyo incondicional, comprensión y confianza durante cada etapa de mi desarrollo personal y académico.

A mis docentes, por compartir sus conocimientos, experiencias y enseñanzas, contribuyendo significativamente a mi crecimiento profesional.

Finalmente, agradezco a todas las personas que, de una u otra manera, me brindaron su apoyo y motivación para la elaboración del presente proyecto de investigación.

Asesora: Dra. Benavente Sanchez, Yennys Katiusca

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0414-658X>

JURADO

Presidente : Dr. Molina Torres, Jose Gregorio
Secretario : Mg. Barreda Paredes, Ruby Ines
Vocal : Dr. Arevalo Marcos, Rodolfo Amado

ÍNDICE

ÍNDICE.....	9
RESUMEN.....	11
ABSTRACT.....	12
1. EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.2.1. Problema general	4
1.2.2. Problemas específicos	4
1.3. Objetivos	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación de la investigación.....	5
1.4.1. Teórica	5
1.4.2. Metodológica	6
1.4.3. Práctica	6
1.5. Delimitaciones de la investigación	7
1.5.1. Espacial	7
1.5.2. Temporal.....	7
1.5.3. Población o unidades de análisis.....	7
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes de la investigación.....	8
2.1.1. Antecedentes internacionales	8
2.1.1. Antecedentes nacionales	10
2.2. Bases teóricas.....	13
2.2.1. Afrontamiento variable 1	13
2.2.2. Resiliencia variable 2	19
2.3. Hipótesis.....	23
2.3.1. Hipótesis general	23
2.3.1. Hipótesis específicas	23
3. METODOLOGÍA.....	24
3.1. Método de la investigación	24
3.2. Enfoque investigativo.....	24
3.3. Tipo de investigación	24
3.4. Diseño de la investigación.....	24

3.5. Población, muestra y muestreo	25
3.5.1. Población.....	25
3.5.2. Muestra	25
3.5.3. Muestreo	26
3.6. Variables y operacionalización	27
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	29
3.7.1. Técnica	29
3.7.2. Descripción de instrumentos	29
3.7.3. Validación	29
3.7.3. Confiabilidad	30
3.8. Procesamiento y análisis de datos.....	31
3.9. Aspectos éticos.....	31
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	33
4.1. Cronograma de actividades.....	33
4.2. Presupuesto.....	34
5. REFERENCIAS.....	35
ANEXOS.....	44

RESUMEN

El presente estudio plantea el objetivo de "determinar la relación entre el afrontamiento y la resiliencia del profesional de enfermería ante la muerte del paciente oncológico en el IREN Centro, Junín, durante el año 2026". El estudio será cuantitativo, no experimental de corte transversal, correlacional y de tipo básico. La población será de 120 licenciados en enfermería que laboran en el servicio de oncología del hospital, y se utilizará una muestra censal. Los datos se recopilarán utilizando dos instrumentos: la Escala Bugen de Afrontamiento de la muerte y la Escala de Resiliencia Connor–Davidson (CD-RISC 10), previa verificación de validez y confiabilidad. El análisis se realizará con estadística descriptiva y las hipótesis se evaluarán a través de la prueba de normalidad de Shapiro–Wilk y correlación de Pearson o Spearman, con un umbral de significación de $p < 0,05$, utilizando software estadístico SPSS y Excel. Se espera identificar el tipo y nivel de asociación entre ambas variables, de modo que los hallazgos sustenten estrategias de soporte psicoemocional y fortalecimiento de habilidades de afrontamiento y resiliencia en enfermería oncológica.

Palabras clave: enfermería oncológica, resiliencia psicológica, adaptación psicológica, actitud frente a la muerte y estrategias de afrontamiento del enfermero.

ABSTRACT

The present study aims to “determine the relationship between coping and resilience among nursing professionals when faced with the death of cancer patients at the IREN Center in Junín during the year 2026.” The study will be quantitative, unexperimental, crossover, correlational, type basic. It will include 120 registered nurses employed in the hospital's oncology department, and a census sample will be used. Data will be collected using two instruments: the Bugen Scale of Coping with Death and the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC 10), after verification of validity and reliability. The analysis will be performed using descriptive statistics, and the hypotheses are evaluated with the Shapiro–Wilk normality test and Pearson or Spearman correlation, with a significance threshold of $p < 0.05$, using SPSS and Excel statistical software. The aim is to identify the type and level of association between the two variables, so that the findings can inform strategies for psycho-emotional support and the strengthening of coping and resilience skills in oncology nursing.

Keywords: oncology nursing; psychological resilience; psychological adaptation; attitude toward death; coping strategies.

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Al presente, se describe deterioro del bienestar ocupacional y psicosocial del personal de enfermería, con implicancias en la continuidad del servicio, la seguridad del paciente y la retención del recurso humano; reportes internacionales recientes advierten una crisis del bienestar de la fuerza laboral de enfermería y documentan estrés, desgaste e intención de abandono como problemas crecientes en distintos sistemas de salud (1,2). La American Nurses Foundation reveló que el 66 % de enfermeras de atención aguda se sentían estresadas, 90 % percibía escasez de personal como un grave problema, 61 % señalaba no tener tiempo para pausas o comidas, 60 % reportó bullying y 29 % refirió violencia en el trabajo, además, 49 % indicaron estar planificando dejar la atención directa del paciente (3).

Paralelamente, la carga mundial de cáncer continúa en aumento y demanda mayores servicios de atención, tratamiento y cuidados paliativos, lo que incrementa la presión sobre equipos clínicos que brindan cuidado continuo; esta expansión del problema oncológico, sumada a la complejidad del tratamiento, intensifica la exposición del personal asistencial a escenarios de sufrimiento, final de vida y muerte (4,5). En los servicios de oncología, la muerte del paciente constituye un estresor frecuente y de alto impacto emocional para el enfermero, asociado a estrés laboral, afectación de la calidad de vida profesional e intención de rotación; en ese marco, la resiliencia se ha descrito como un recurso protector vinculado a mejores resultados laborales, mientras que el afrontamiento representa las respuestas conductuales y cognitivas con las que los profesionales gestionan dichas situaciones (6).

En Asia, la evidencia reciente en enfermería oncológica reporta que la resiliencia se relaciona con fenómenos como el duelo profesional y que estilos de afrontamiento positivos actúan como mecanismos explicativos de dicha relación; además, se ha observado que la preocupación por la mortalidad está vinculada a la competencia para afrontar el hecho de morir,

y que la resiliencia participa como factor interviniente, lo cual refuerza la pertinencia de estudiar la correspondencia entre afrontamiento y resiliencia en contextos de alta exposición a muerte (7,8).

En Europa, también se reportan niveles relevantes de agotamiento y riesgo de distrés en enfermería oncológica, junto con asociaciones entre resiliencia y desenlaces adversos del bienestar; asimismo, se ha identificado relación entre resiliencia y variables psicológicas críticas en personal de enfermería, lo que sugiere que una menor capacidad de adaptación puede incrementar vulnerabilidades ante escenarios emocionalmente demandantes (9,10).

En unidades con alta exposición a muerte, los desenlaces de desgaste son cuantificables, un estudio en Alemania en enfermeros del área de oncología reportó un 53 % con agotamiento emocional y 21 % con desconexión/disengagement, indicadores compatibles con alto riesgo de burnout (11). Además, revisiones recientes señalan que ciertos componentes del burnout pueden incrementarse según el servicio, encontrando que la despersonalización alcanzó mayor prevalencia en oncología con un aproximado de 42 % frente a otros entornos clínicos (12).

En Norteamérica, encuestas recientes de gran escala describen problemas persistentes en la fuerza laboral de enfermería, y estudios posteriores a la pandemia resaltan la importancia de la resiliencia como factor asociado a menor malestar moral y menor lesión moral en profesionales, reforzando la necesidad de comprender qué recursos y respuestas adaptativas favorecen la permanencia y el desempeño en unidades altamente exigentes (2,13). Se estima que para 2029 el 39.9 % de enfermeros planean dejar el trabajo, un 41.5 % lo atribuye a estrés, asimismo, entre 2022 y 2023 se registra un aproximado de 138 000 salidas (14).

En Latinoamérica se ha estimado una alta prevalencia de burnout en profesionales de salud, con factores asociados laborales y organizacionales. En Ecuador, las investigaciones evidencian que el personal de enfermería que enfrenta frecuentemente la muerte de pacientes experimenta impacto emocional significativo y requiere fortalecimiento de competencias de

afrontamiento para manejar adecuadamente estas situaciones (15). Se registra que de 782 profesionales de enfermería el 88.6 % presentó alto nivel de estrés (16). En Chile, estudios realizados durante y posterior a la pandemia han mostrado niveles elevados de agotamiento emocional y desgaste profesional en enfermeros, por sobrecarga laboral y exposición continua a sufrimiento y muerte (5). En hospitales públicos de alta complejidad se evidenció que un 35 % presentaron un alto nivel de burnout (17).

En Bolivia, se ha descrito que los profesionistas de enfermería sienten niveles moderados a elevados de estrés laboral, vinculados a condiciones organizacionales y a la exigencia emocional del cuidado en servicios críticos. Se evidenció que, en un estudio a 69 enfermeras, el 16.9 % se identificó con estrés crónico (18). En Brasil, investigaciones han identificado prevalencias importantes de síndrome de agotamiento en el equipo de enfermería hospitalaria, señalando la necesidad de implementar estrategias institucionales de soporte psicológico y fortalecimiento de resiliencia. En un estudio a 171 enfermeras hospitalarias, el 62.6 % presentó estrés (19).

En el Perú, la carga de cáncer se mantiene relevante según estimaciones internacionales recientes, y el Estado ha establecido lineamientos nacionales para el cuidado integral del cáncer, mientras que instituciones de referencia reportan volúmenes elevados de atención oncológica, lo que configura un escenario de demanda sostenida para los equipos de enfermería y aumenta la probabilidad de exposición repetida a eventos de muerte en la práctica clínica. (20). Para 2022 se reportaron 72 827 nuevos casos de cáncer, 35 934 muertes y 185 370 casos prevalentes a 5 años, valores que configuran un escenario de demanda sostenida y una alta probabilidad de exposición repetida a muerte en servicios oncológicos (21).

En el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Centro, en Concepción – Junín, el personal de enfermería desarrolla su labor en un escenario de alta complejidad oncológica, con atención integral que incluye hospitalización, emergencia y cuidados

paliativos, áreas donde la presencia de enfermedad avanzada y fin de vida es frecuente. Esta dinámica asistencial implica una exposición repetida del profesional de enfermería al sufrimiento, deterioro progresivo y muerte del paciente, con potencial impacto acumulativo en su bienestar psicoemocional. En 2023, el IREN Centro reportó 2 774 pacientes hospitalizados, 2 912 atenciones por emergencia y 4 303 pacientes atendidos en cuidados paliativos, lo que sugiere una carga asistencial sostenida y una alta probabilidad de contacto reiterado con procesos de fallecimientos. Pese a ello, en el IREN Centro no se cuenta con evidencia que describa cómo el profesional de enfermería afronta la muerte ni cómo este afrontamiento se relaciona con su resiliencia, limitando la planificación de intervenciones para fortalecer recursos protectores y prevenir el desgaste.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

“¿Cuál es la relación entre el afrontamiento y la resiliencia del profesional de enfermería ante la muerte del paciente oncológico en el IREN Centro, 2026?”

1.2.2. Problemas específicos

- a. “¿Cuál es la relación entre el afrontamiento cognitivo y la resiliencia del profesional de enfermería ante la muerte del paciente oncológico en el IREN Centro, 2026?”
- b. “¿Cuál es la relación entre el afrontamiento conductual y la resiliencia del profesional de enfermería ante la muerte del paciente oncológico en el IREN Centro, 2026?”
- c. “¿Cuál es la relación entre el afrontamiento emocional y la resiliencia del profesional de enfermería ante la muerte del paciente oncológico en el IREN Centro, 2026?”

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

“Determinar la relación entre el afrontamiento y la resiliencia del profesional de enfermería ante la muerte del paciente oncológico en el IREN Centro, Junín, 2026”.

1.3.2. Objetivos específicos

“Establecer la relación entre el afrontamiento cognitivo y la resiliencia del profesional de enfermería ante la muerte del paciente oncológico en el IREN Centro, Junín, 2026”.

“Establecer la relación entre el afrontamiento conductual y la resiliencia del profesional de enfermería ante la muerte del paciente oncológico en el IREN Centro, Junín, 2026”.

“Establecer la relación entre el afrontamiento emocional y la resiliencia del profesional de enfermería ante la muerte del paciente oncológico en el IREN Centro, Junín, 2026”.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

La investigación mantiene relevancia teórica porque permitirá ampliar el conocimiento sobre el afrontamiento y la resiliencia del profesional de enfermería ante la muerte del paciente en un contexto oncológico, donde la exposición constante al sufrimiento, la pérdida y la carga emocional puede influir en su bienestar psicoemocional. La variable afrontamiento se sustenta en el Modelo transaccional del estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman, el cual explica cómo la persona evalúa las situaciones estresantes y utiliza estrategias cognitivas y conductuales para responder a ellas. Por su parte, la variable resiliencia se fundamenta en el enfoque de factores de riesgo y protección de Rutter, que permite comprender cómo determinados recursos personales y contextuales favorecen la adaptación positiva frente a experiencias adversas. Asimismo, el estudio se vincula con la disciplina de enfermería al relacionarse con el cuidado integral del profesional que brinda atención directa al paciente

oncológico. En ese sentido, se puede asociar con la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, debido a que resalta la importancia del cuidado humanizado, la dimensión emocional y la relación enfermero-paciente.

1.4.2. Metodológica

La investigación presenta importancia metodológica porque se desarrollará mediante el método científico de construcción del conocimiento, lo que permitirá abordar el problema de estudio de manera ordenada, objetiva y sistemática. El estudio tendrá un enfoque cuantitativo, será de tipo básica y utilizará un diseño no experimental, correlacional y de corte transversal, permitiendo analizar la relación entre el afrontamiento y la resiliencia del enfermero ante la muerte del paciente. Asimismo, la investigación empleará instrumentos válidos y confiables para la recolección de datos relacionados con las variables de estudio. De esta manera, el trabajo aportará un procedimiento metodológico claro y replicable, que podrá servir como antecedente para futuras investigaciones en enfermería, salud ocupacional y bienestar psicoemocional del personal de salud en contextos oncológicos.

1.4.3. Práctica

La investigación conlleva relevancia práctica porque sus resultados permitirán identificar cómo afronta el profesional de enfermería la muerte del paciente y qué nivel de resiliencia presenta en el Servicio de Oncología del IREN Centro, Junín. Esta información será útil para reconocer necesidades psicoemocionales del personal de enfermería y orientar acciones institucionales que contribuyan a mejorar su bienestar laboral y emocional. A partir de los hallazgos, se podrán proponer estrategias de solución como programas de apoyo psicológico, talleres de afrontamiento adaptativo, capacitaciones sobre manejo del duelo y estrés laboral, fortalecimiento de la resiliencia, acompañamiento emocional y espacios de contención para el personal de enfermería. Estas acciones contribuirán a prevenir el desgaste emocional, mejorar

la calidad de vida laboral del enfermero y fortalecer la atención humanizada brindada al paciente oncológico y su familia.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Espacial

El estudio pretende desarrollarse en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Centro, en la región Junín. Específicamente, el estudio contemplará áreas donde el personal de enfermería brinda atención directa a pacientes oncológicos, incluyendo aquellos en fase avanzada o terminal: servicios de hospitalización, cuidados críticos, emergencia y unidad de cuidados paliativos. No se incluirán otros establecimientos de salud ni servicios externos al IREN Centro.

1.5.2. Temporal

La investigación se trabajará en el transcurso del año 2026, considerando como periodo de ejecución y recojo de datos los meses de enero a junio.

1.5.3. Población o unidades de análisis

La unidad de análisis serán los profesionales licenciados en enfermería que trabajan en los departamentos de hospitalización, cuidados críticos, emergencia y cuidados paliativos del IREN Centro durante el año 2026.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Banegas et al. (22) en 2025, ejecutaron una investigación en Ecuador con el fin de “Identificar las actitudes y afrontamiento del personal de enfermería, ante la muerte de los pacientes en un hospital general de Machala”. Emplearon una metodología cuantitativa, descriptiva, de corte transversal, y la aplicación de cuestionarios a 150 profesionales de enfermería. Los hallazgos indicaron que el 67.74% de los enfermeros dan relevancia a los temas asociados con el fallecimiento de pacientes y adoptan actitudes positivas. Concluyeron que, la capacitación y formación del personal de enfermería es imprescindible para la adquisición de mecanismos y habilidades para la gestión adecuada ante el fenómeno de la muerte.

Luo et al. (23) en 2025 ejecutaron un estudio en China con el objetivo de “Describir los niveles de duelo profesional, resiliencia psicológica y estilos de afrontamiento positivos en enfermeras oncológicas”. La investigación fue transversal, se trabajó con una muestra de 540 enfermeras oncológicas a quienes se les aplicó como instrumento, los cuestionarios sobre la resiliencia psicológica (MeRS), estilos de afrontamiento positivos (SCSQ) y duelo profesional (GSSN). Los hallazgos indicaron que la resiliencia psicológica tuvo un efecto directo significativo en el duelo profesional ($p < 0.05$, $r = 0.511$), así como un efecto positivo en los estilos de afrontamiento positivos. Los estilos de afrontamiento positivos predijeron significativamente un menor duelo profesional ($p < 0.05$, $r = 0.526$) y mediaron parcialmente la relación entre la resiliencia psicológica y el duelo profesional ($p < 0.05$, $r = 0.313$). Concluyeron que el modelo, independientemente de la cultura, ofrece a los gerentes oncológicos en general una herramienta concreta donde el fortalecimiento de afrontamiento

positivo permite mitigar el duelo del personal de enfermería y salvaguardar el bienestar de la fuerza laboral.

Arribas et al. (24) en España, durante el año 2025 buscaron “Determinar las actitudes hacia la muerte en el personal de enfermería: el papel de la resiliencia” mediante un estudio observacional y transversal, con una muestra de 743 enfermeros de unidad de cuidados intensivos, paliativos y oncología de siete hospitales públicos. Emplearon la escala revisada del perfil de actitudes hacia la muerte, la “escala de resiliencia de Connor-Davidson” y un cuestionario ad hoc. Los resultados indicaron que, la aceptación neutral fue la actitud predominante seguida de la evitación de la muerte. Factores como el nivel profesional, edad, formación previa sobre la muerte, entorno sanitario y resiliencia influyen significativamente en las actitudes como p valor menor a 0.05. Asimismo, determinaron que la resiliencia mantiene una relación directa con la aceptación neutral e inversa con el miedo a la muerte y evitación de la muerte. Concluyeron que, la resiliencia y formación previa sobre la muerte cumplen un rol importante en las actitudes hacia la muerte, siendo necesaria su inclusión en la formación académica y profesional de enfermería.

Sharif et al. (25) en 2025, ejecutaron un estudio en Arabia Saudita con el objetivo de “Determinar la relación entre el duelo y las estrategias de afrontamiento entre las enfermeras que se enfrentan a la muerte de pacientes” a través de un estudio descriptivo, transversal y correlacional. Aplicaron encuesta a una muestra de 382 enfermeras, y emplearon estadísticas descriptivas y correlacional. Los hallazgos indicaron que el 85.4 % de las enfermeras tuvieron niveles normales de duelo, y las estrategias de afrontamiento tuvieron puntuaciones medias entre 2.60 y 5.52. Las enfermeras con niveles de duelo elevados obtuvieron puntuaciones medias significativamente más altas en cuanto a las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, en las emociones y evasivas ($p < 0.001$). Encontraron una correlación lineal positiva significativa entre las puntuaciones de afrontamiento y las puntuaciones de duelo, con

una regresión de 21.3 %. Concluyeron que, además del empleo de estrategias de afrontamiento es necesario un apoyo adicional y adaptado culturalmente dirigido a la gestión del duelo de forma eficaz como la implementación de sistemas de apoyo estructurados.

Üzar y Budak (26) en 2024, realizaron un estudio en Turquía con el objetivo de “Examinar la relación entre las actitudes hacia la muerte, la rumiación y la resiliencia psicológica de enfermeras oncológicas” a través de un estudio transversal, una muestra de 118 individuos, y la aplicación de Formulario de datos demográficos, Escala de rumiación relacionada con el trabajo, la “Escala de resiliencia de Connor Davidson” y la “Escala revisada de actitud hacia la muerte”. Los resultados indicaron puntuación moderada de rumiación con relación al trabajo ($r = 0.537$). Así como, la existencia de una correlación inversa entre las actitudes negativas hacia la muerte y la resiliencia psicológica ($r = -0.698$), y relación directa entre la aceptación de la muerte y la resiliencia psicológica ($r = 0.454$). Concluyeron que, las enfermeras con actitudes positivas hacia la muerte desarrollan resiliencia psicológica y experimentan menos rumiaciones relacionadas con el trabajo.

2.1.1. Antecedentes nacionales

Marticorena y Paucar (27) en 2025 desarrollaron un estudio en Huancayo con el objetivo de “Determinar la relación entre afrontamiento y resiliencia en enfermería frente a la muerte por politraumatismo en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Ramiro Prialé EsSalud 2025” mediante un estudio cuantitativo, básico, correlacional, no experimental de corte trasversal, una muestra de 37 enfermeros, y la aplicación de cuestionarios como la “Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte” y “Escala de resiliencia de Wagnild y Young”. Los resultados indicaron que el 97.3 % de enfermeros presentaron resiliencia alta, de los cuales el 94.6 % tuvieron un buen afrontamiento ante la muerte y el 2.7 % tuvo un afrontamiento neutro. Determinaron una correlación significativa entre afrontamiento y resiliencia con un Rho de

Spearman de 0.717 y una significancia de 0.000. Concluyeron que, existe una correlación directa y significativa entre las variables de estudio.

Carbonel y Hernández (28) en 2024, realizaron un estudio en Lambayeque con el objetivo de “Determinar el vínculo entre Regulación Emocional (RE) y Afrontamiento ante la Muerte (AM) en el personal médico de un Hospital Nacional”. Aplicaron una metodología correlacional, cuantitativa, no experimental; la muestra estuvo conformada por 135 individuos entre médicos y enfermeros a los que le aplicaron el “Cuestionario de autorregulación emocional” y la “Escala de Bugen de afrontamiento a la muerte”. Los resultados indicaron que el 14.07 % de la muestra presentó un alto grado de regulación emocional y un 11.1 % presentó un nivel alto de afrontamiento ante la muerte, un 83 % nivel medio y un 5.9 % un nivel bajo. Concluyeron que no existe correlación significativa entre las variables con un p valor superior a 0.05.

Basilio y Berrospi (29) en 2023, desarrollaron un estudio en Cerro de Pasco con el objetivo de “Determinar la existencia de relación entre las actitudes hacia la muerte del paciente y las estrategias de afrontamiento”. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, relacional, aplicaron cuestionario y escala de actitudes a una muestra de 40 internos de enfermería. Los resultados indicaron que, las actitudes ante la muerte fueron poco adecuadas en un 45 %, no adecuadas en un 30 %, y adecuadas solo en un 25 %. Las estrategias de afrontamiento centradas en el problema ante la muerte fueron pausadas en un 45 %, las estrategias de afrontamiento centradas en la evitación del problema fueron directas en un 40 %. Concluyeron que, existe relación significativa, directa y moderada entre las actitudes hacia la muerte del paciente y las estrategias de afrontamiento ($p < 0.05$ y $t_b = 0.455$), entendiendo que mientras más adecuadas sean las actitudes ante la muerte del paciente más directas serán las estrategias de afrontamiento centrados en la evitación.

Quiñones (30) en 2022, realizó un estudio en Lima con el objetivo de “Analizar la relación de la resiliencia con el síndrome de burnout en el personal de enfermería del servicio de emergencias de un Hospital Nacional, 2022”. Empleó una metodología correlacional, cuantitativa, aplicada, no experimental, de corte transversal; la muestra estuvo constituida por 70 enfermeros, a los que aplicó la “Escala de resiliencia ER-14” y el instrumento de “Maslash Burnout”. Los hallazgos indicaron que existe una correlación significativa y muy fuerte entre la resiliencia y el síndrome de burnout ($p < 0.05$, $r = 0.91$), además, se obtuvo que, en la dimensión competencias personales de la resiliencia, se evidenció una relación con el síndrome de burnout, observándose que el 46% presentó un nivel alto de resiliencia, con una asociación del 69%. Asimismo, en la dimensión aceptación de uno mismo, también se identificó relación con el síndrome de burnout, donde el 46% mostró alta resiliencia, con una asociación del 74%. Se concluyó que la resiliencia individual debe complementarse con estrategias institucionales para una adecuada prevención del desgaste profesional.

Orihuela et al. (31) en 2020, llevaron a cabo una investigación en Lima con el objeto de “Determinar la relación entre la actitud y el afrontamiento del enfermero frente a la muerte del paciente oncológico con COVID-19 en la Unidad de Cuidados Críticos”. Emplearon una metodología cuantitativa, correlacional, transversal, no experimental; con un tamaño muestral de 65 individuos; se administraron encuestas sobre “Actitudes Ante la Muerte (CAM)” y la “Escala de Bugen de Afrontamiento de la muerte”. Los hallazgos revelaron una asociación directa y significativa entre la actitud y el afrontamiento del enfermero ante la muerte ($p = 0.039$, $r = 0.257$). Concluyeron que, a pesar de los peligros que plantean los riesgos laborales actuales, las actitudes y los mecanismos de afrontamiento de los profesionales de enfermería cuando se enfrentan a la muerte de pacientes con cáncer y COVID-19 implican adoptar una postura resiliente con el fin de proporcionar cuidados de enfermería continuos para garantizar, restaurar y salvaguardar la vida del paciente.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Afrontamiento variable 1

2.2.1.1. Conceptos del afrontamiento

El afrontamiento constituye un proceso psicológico fundamental para la adaptación del individuo frente a situaciones estresantes, especialmente en contextos clínicos caracterizados por alta carga emocional como la atención oncológica. Desde una perspectiva contemporánea, se entiende por afrontamiento los intentos que hace un individuo para lidiar con exigencias internas o externas que considera excesivas en relación con sus recursos personales, y que son cambiantes en términos de comportamiento, emociones y cognición (32).

El afrontamiento no se limita a la reducción del estrés, sino que implica también la reconstrucción del significado de la experiencia adversa, particularmente cuando el profesional se enfrenta a la muerte del paciente (33). Este proceso resulta clave para la adaptación psicológica y la continuidad del cuidado en enfermería. Asimismo, el afrontamiento ha sido conceptualizado como un repertorio de estrategias específicas que pueden clasificarse como adaptativas o desadaptativas, dependiendo de su impacto en el bienestar psicológico del individuo (34).

En el ámbito sanitario, esta diferenciación permite identificar patrones de respuesta frente a eventos críticos como el fallecimiento del paciente. En enfermería oncológica, el afrontamiento se ha descrito como un conjunto de estrategias orientadas a regular la respuesta emocional, cognitiva y conductual frente a la muerte, actuando como un factor mediador entre la resiliencia psicológica y el duelo profesional (35).

Los estilos de afrontamiento positivos se asocian con menor impacto emocional negativo y mayor ajuste psicológico del personal de enfermería (36). En Latinoamérica, se ha señalado que el afrontamiento ante la muerte constituye un mecanismo de autorregulación emocional que permite al enfermero mantener el equilibrio psicológico y sostener la calidad

del cuidado; por el contrario, estrategias inadecuadas incrementan el riesgo de fatiga por compasión y desgaste profesional (37).

El afrontamiento es un proceso dinámico y multidimensional que integra componentes cognitivos, emocionales y conductuales, estrechamente vinculado con la resiliencia psicológica y el bienestar laboral del personal de enfermería (35,37).

2.2.1.2. Características e implicancias del afrontamiento

El afrontamiento se caracteriza por ser transaccional, es decir, surge de la interacción entre el individuo y el entorno, consiste en un proceso mediado por la interpretación cognitiva. Es situacional, debido a que puede variar según la experiencia previa, la personalidad, el apoyo social y el contexto en que se genera el evento estresante (38).

Es multidimensional, debido a que incluye estrategias específicas como el afrontamiento centrado en el problema, centrado en la emoción y estrategias evitativas. Es de carácter adaptativo o desadaptativo, pues algunas estrategias favorecen el ajuste psicológico, mientras que otras se asocian a mayor malestar (39).

Se orienta a la protección y recuperación de recursos personales y sociales, como la autoestima, la estabilidad emocional y el apoyo interpersonal (40).

Las implicancias del afrontamiento son amplias en contextos de alta carga emocional como el ámbito sanitario. La forma en la que un individuo afronta una situación influye directamente en su bienestar psicológico, desempeño laboral y salud mental (39).

El afrontamiento adecuado de eventos como la muerte del paciente puede favorecer a una mayor estabilidad emocional, reducción de estrés, prevención del burnout y el mantenimiento de la calidad del cuidado. Mientras que el uso predominante de estrategias evitativas o desadaptativas puede incrementar el riesgo de fatiga por compasión, desgaste profesional y alteraciones emocionales. Cuando el afrontamiento no logra preservar los

recursos personales, puede producirse un proceso de pérdida acumulativa que conduce al agotamiento emocional (40).

2.2.1.3. Teorías del afrontamiento

Modelo transaccional del estrés y afrontamiento – Lazarus y Folkman

El Modelo Transaccional del Estrés y el Coping de Lazarus y Folkman, plantea que el estrés no es una condición inherente al acontecimiento, sino que surge de la interacción entre la persona y el medio. Esta teoría postula que el individuo lleva a cabo una valoración cognitiva primaria, en la que evalúa si la situación es una amenaza, una pérdida o un desafío, y una valoración secundaria, en la que evalúa los recursos disponibles para hacer frente a la situación. De este proceso en adelante se ponen en marcha estrategias de afrontamiento, que son los esfuerzos conductuales y cognitivos cambiantes dirigidos a manejar demandas internas o externas que se perciben como abrumadoras. El modelo diferencia dos tipos de afrontamiento: uno centrado en el problema, orientado a cambiar la situación estresante, y otro centrado en la emoción, dirigido a regular la respuesta emocional. La teoría más empleada para explicar cómo los profesionales de enfermería encaran situaciones tales como la muerte del enfermo, es la siguiente (38).

Teoría de estilos de afrontamiento – Carver y Scheier

Carver y Scheier ampliaron el enfoque transaccional al proponer que el afrontamiento puede analizarse a través de estrategias específicas medibles. Desarrollaron el instrumento COPE, el cual identifica distintas formas de afrontamiento como: afrontamiento activo, planificación, búsqueda de apoyo social, reinterpretación positiva, aceptación, negación y evitación. Esta teoría plantea que algunas estrategias son adaptativas, favoreciendo el ajuste psicológico, mientras que otras pueden resultar desadaptativas, incrementando el malestar emocional. En el contexto de la enfermería, esta diferenciación permite identificar qué estilos contribuyen al equilibrio emocional frente a la muerte del paciente (39).

Teoría de la Conservación de Recursos – Hobfoll

Hobfoll propuso la Teoría de la Conservación de Recursos, la cual establece que las personas buscan adquirir, conservar y proteger recursos personales, sociales y materiales. El estrés ocurre cuando estos recursos se pierden, están amenazados o no se obtienen después de una inversión significativa. Desde esta perspectiva, el afrontamiento se orienta a preservar recursos como la estabilidad emocional, el apoyo social y la autoeficacia. En contextos de alta carga emocional, como los servicios oncológicos, la pérdida repetida de pacientes puede representar una amenaza constante a los recursos psicológicos del profesional (40).

Modelo de Adaptación de Callista Roy

En enfermería, el Modelo de Adaptación de Roy concibe al ser humano como un sistema que se adapta y reacciona a estímulos focales, contextuales y residuales por medio de mecanismos cognitivos y reguladores. La muerte del enfermo constituye un estímulo focal que exige respuestas adaptativas para preservar la integridad biopsicosocial de los profesionales. En este sentido, el afrontamiento es una parte del proceso de adaptación que permite mantener la funcionalidad laboral y el equilibrio emocional (41).

2.2.1.4. Evolución histórica del estrés laboral

En sus inicios, el estudio del afrontamiento se vinculó a la teoría del estrés fisiológico propuesta por Hans Selye en la década de 1950. Selye describió el Síndrome General de Adaptación, explicando el estrés como una respuesta biológica inespecífica del organismo ante demandas externas, estructurada en tres fases: alarma, resistencia y agotamiento (1).

Posteriormente, en la década de 1960 y 1970, el interés se desplazó hacia la dimensión psicológica del estrés. Richard Lazarus introdujo el concepto de valoración cognitiva, planteando que el estrés no depende exclusivamente del evento, sino de la interpretación que el individuo realiza del mismo (2).

El avance más significativo ocurrió con la publicación del Modelo Transaccional del Estrés y Afrontamiento de Lazarus y Folkman en 1984, donde el afrontamiento fue definido como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar demandas evaluadas como desbordantes (3).

En la década de 1980 y 1990, el concepto se amplió con la propuesta de Carver y Scheier, quienes operacionalizaron el afrontamiento en estrategias específicas medibles mediante el instrumento COPE, permitiendo su evaluación empírica en distintos contextos clínicos y poblaciones (4).

Posteriormente, Hobfoll incorporó la perspectiva de los recursos a través de la Teoría de la Conservación de Recursos, señalando que el afrontamiento está orientado a preservar recursos personales y sociales frente a situaciones de amenaza (5).

2.2.1.5. Instrumentos de afrontamiento

Ways of Coping Questionnaire (WCQ)

Ways of Coping Questionnaire (WCQ) fue desarrollado por Lazarus y Folkman para evaluar los procesos de afrontamiento utilizados ante un evento específico de estrés (42). Consta de 66 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos, dividido en dimensiones principales de confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de responsabilidad, escape-evitación, planificación y reevaluación positiva, los puntajes se interpretan por dimensión según frecuencia de uso de cada estrategia.

COPE Inventory

Desarrollado por Carver, Scheier y Weintraub, evalúa múltiples estrategias de afrontamiento desde un enfoque multidimensional (39). Consta de 60 ítems, con escala de respuesta Likert de 4 puntos, comprende dimensiones divididas en 15 subescalas con 4 ítems por subescalas: afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades competidoras, restricción conductual, búsqueda de apoyo social instrumental, búsqueda de apoyo emocional,

reinterpretación positiva, aceptación, negación, religiosidad, uso de sustancias, desconexión conductual, entre otras, los puntajes deben ser analizados por estrategia.

Brief COPE

El Brief COPE es una versión abreviada del COPE original, diseñada para facilitar su aplicación en estudios clínicos (43). Consta de 28 ítems, con escala de respuesta Likert de 4 puntos, se divide en dimensiones que comprenden 14 subescalas con 2 ítems por cada estrategia, agrupables en afrontamiento centrado en el problema, centrado en la emoción y evitativo. Los puntajes se interpretan por estrategia predominante.

Escala de Afrontamiento ante la Muerte de Bugen

Fue diseñada para medir la percepción de competencia del individuo frente a la muerte (44). Es especialmente pertinente en contextos clínicos y paliativos, consta de 30 ítems en su versión original con escala de respuesta Likert de 7 puntos, se divide en dimensiones como aceptación, preparación emocional y control ante la muerte. El puntaje mínimo es de 30 puntos y el máximo de 210 puntos. Se interpreta que, a mayor puntaje, mayor competencia percibida para afrontar la muerte; puntajes bajos indican menor preparación emocional o dificultad para enfrentar situaciones relacionadas con el fallecimiento.

2.2.1.6. Dimensiones del afrontamiento

El afrontamiento es un proceso multidimensional que integra respuestas cognitivas, emocionales y conductuales ante situaciones estresantes, las cuales permiten comprender cómo el profesional procesa, regula y actúa frente a la muerte.

Dimensión cognitiva del afrontamiento

Se refiere a los procesos mentales mediante los cuales el individuo interpreta, valora y otorga significado a una situación estresante. Según el Modelo Transaccional del Estrés, la valoración cognitiva determina si el evento será percibido como amenaza, pérdida o desafío, influyendo directamente en la respuesta posterior. En esta dimensión se incluyen estrategias

como: reevaluación positiva de la experiencia, aceptación de la muerte como proceso natural, reflexión profesional sobre el sentido del cuidado brindado, planificación mental de acciones ante situaciones críticas (38).

Dimensión conductual del afrontamiento

Comprende las acciones observables que el individuo ejecuta para enfrentar la situación estresante. Estas respuestas pueden estar orientadas a modificar el problema o a buscar recursos externos que faciliten su manejo. Incluye conductas como: búsqueda de apoyo social o profesional, participación en espacios de diálogo, realización de actividades de autocuidado, solicitud de orientación o capacitación, conductas evitativas o distanciamiento conductual en casos desadaptativos (39).

Dimensión emocional del afrontamiento

Se refiere a la regulación de las respuestas afectivas generadas por la situación estresante. Implica el manejo de emociones como tristeza, ansiedad, frustración, impotencia o temor frente a la muerte. Entre las estrategias emocionales se encuentran: regulación consciente de emociones, expresión emocional controlada, aceptación emocional, búsqueda de consuelo espiritual, supresión o negación emocional cuando es desadaptativa (38).

2.2.2. Resiliencia variable 2

2.2.2.1. Conceptos de resiliencia

Se comprende como un proceso dinámico y multidimensional que se expresa cuando ante estresores significativos, como el sufrimiento, muerte, sobrecarga laboral; la persona mantiene o recupera un funcionamiento psicológico adaptativo, apoyándose en recursos internos y del entorno (45). Emerge de la interacción entre capacidades individuales como la regulación emocional, sentido de propósito, flexibilidad colectiva, entre otros; además de factores interpersonales como el apoyo social; además de condiciones contextuales como el clima laboral u organización del trabajo (46). Desde un enfoque socio ecológico, se describe a

nivel micro, meso y macro, y puede involucrar respuestas absorptivas, anticipatorias o transformativas (45).

2.2.2.2. Características e implicancias de resiliencia

Entre las características se destaca su variabilidad en el tiempo, su dependencia del contexto y su naturaleza multinivel, en el ámbito de la salud implica aprender, reorganizarse y sostener el desempeño bajo presión, cambiando respuestas reactivas y proactivas (47).

En entornos asistenciales de alta exigencia, la resiliencia psicológica se asocia con mejor bienestar psicosocial y calidad de vida profesional, y constituye un foco estratégico debido a que puede fortalecerse a través de intervenciones (48,49). centrar la resiliencia solo en el individuo puede invisibilizar condiciones estructurales como la carga, recursos, gobernanza, inequidades que sostienen o erosionan la adaptación, por lo cual, es recomendable abordarla incorporando cambios organizacionales y de sistema (50),

2.2.2.3. Teorías de resiliencia

Enfoque de factores de riesgo y protección – Rutter

Plantea que se explica por mecanismos protectores que modifican la respuesta al riesgo, reducen el impacto de experiencias adversas y facilitan trayectorias adaptativas. Destaca que la resiliencia surge de la interacción entre la vulnerabilidad y protección, además de los tributos individuales (51).

Perspectiva del desarrollo y trayectorias – Werner y Smith

Lo consolida como un proceso evolutivo y contextual, donde algunas personas en condiciones de alto riesgo logran desarrollarse adecuadamente gracias a vínculos significativos, competencias y oportunidades (52).

Modelo de sistemas adaptativos – Masten

Propone que resulta del funcionamiento de sistemas adaptativos básicos como el apego, autorregulación, resolución de problemas y apoyo social. Así, la intervención puede orientarse al fortalecimiento de sistemas comunes que sostienen la adaptación (53).

Resiliencia como recursos clínico medible – Connor y Davidson

Lo conceptualizan como un constructo evaluable que integra tenacidad, control, tolerancia al malestar y adaptación al cambio, lo que permitió su medición en escalas como la CD-RISC (54).

2.2.2.4. Evolución histórica de resiliencia

Surgió en la investigación del desarrollo infantil, al observar que algunos individuos mostraban adaptación positiva a pesar de condiciones adversas (51). En la segunda mitad del siglo XX, investigaciones pioneras identificaron niños “invulnerables” ante el riesgo, posteriormente este término fue reemplazado por resiliencia (52). En las décadas posteriores, la resiliencia se consolidó como un proceso influido por factores protectores y contextuales, donde el foco pasó de rasgos a mecanismo de adaptación (51). Seguidamente, el enfoque contemporáneo enfatizó los sistemas adaptativos u la posibilidad de intervención para fortalecer la resiliencia en diferentes etapas de la vida (53). En el campo clínico y de salud mental, el constructo se operacionalizó a través de instrumentos psicométricos, destacando la CD-RISC como una de las escalas más usadas en la evaluación de resiliencia en la población general y clínica (54).

2.2.2.5. Instrumentos de resiliencia

Se mide a través de escalas psicométricas que cuantifican recursos de adaptación y recuperación. Entre las más utilizadas se citan a:

Escala de resiliencia de Connor – Davidson CD-RISC 25

Fue diseñada para medir la capacidad del individuo para afrontar el estrés y adaptarse positivamente a la adversidad (54). Consta de 25 ítems en su versión original, con escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos de 0 a 4, evalúa dimensiones referentes a tenacidad, tolerancia al afecto negativo, aceptación del cambio, sentido de control y fortaleza espiritual. El puntaje mínimo es de 0 y el máximo de 100 puntos, donde se interpreta que el mayor puntaje indica mayor nivel de resiliencia.

Escala de resiliencia de Connor – Davidson CD-RISC 10

Consiste en una versión reducida, diseñada para facilitar su aplicación en contextos clínicos y laborales (55). Consta de 10 ítems, con escala de respuesta Likert de 5 puntos, evalúa la resiliencia psicológica como constructo unidimensional, enfocándose en la capacidad de adaptación, recuperación ante dificultades, manejo del estrés y perseverancia frente a desafíos. El puntaje mínimo es de 0 y el máximo es de 40 puntos. Se interpreta que, a mayor puntaje mayor capacidad de resiliencia psicológica, mientras que puntajes bajos indican menor tolerancia al estrés y menor capacidad de recuperación emocional.

Escala de resiliencia de Wagnild y Young RS-25

Define la resiliencia como una cualidad positiva del carácter que favorece la adaptación frente a situaciones difíciles (56). Está compuesto por 25 ítems que usan la escala Likert de 7 puntos y se divide en dos dimensiones: aceptación de uno mismo y de la vida, y competencia personal. El puntaje más bajo es de 25 y el más alto, de 175 puntos; entre mayor sea el puntaje obtenido, mayor será la resiliencia.

Brief Resilience Scale (BRS)

Mide de manera específica la capacidad de recuperarse ante situaciones estresantes (57). Consta de 6 ítems con escala Likert de 5 puntos. Es un instrumento unidimensional y evalúa la resiliencia como capacidad de recuperación rápida tras eventos difíciles.

2.2.2.6. Dimensiones de resiliencia: resiliencia psicológica

Se entiende como la capacidad del profesional para adaptarse, mantener estabilidad emocional y recuperarse ante experiencias adversas. Desde el enfoque de Connor y Davidson, se expresa en componentes como tenacidad, tolerancia al estrés, adaptación al cambio, sentido de control y fortaleza para continuar (54).

2.3. Hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

H₁: “Existe relación significativa entre el afrontamiento y la resiliencia del profesional de enfermería ante la muerte del paciente oncológico en el IREN Centro, Junín, 2026”.

H₀: “Existe relación significativa entre el afrontamiento y la resiliencia del profesional de enfermería ante la muerte del paciente oncológico en el IREN Centro, Junín, 2026”.

2.3.1. Hipótesis específicas

H₁: “Existe relación significativa entre el afrontamiento cognitivo y la resiliencia del profesional de enfermería ante la muerte del paciente oncológico en el IREN Centro, Junín, 2026”.

H₁: “Existe relación significativa entre el afrontamiento conductual y la resiliencia del profesional de enfermería ante la muerte del paciente oncológico en el IREN Centro, Junín, 2026”.

H₁: “Existe relación significativa entre el afrontamiento emocional y la resiliencia del profesional de enfermería ante la muerte del paciente oncológico en el IREN Centro, Junín, 2026”.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

Se empleará un método hipotético-deductivo debido a que el estudio parte de una teoría previa para la formulación de hipótesis, a partir de las cuales se derivarán predicciones que se contrastarán empíricamente, permitiendo la evaluación de relaciones causales a través de la recolección y análisis de datos, contribuyendo a la generación de conocimientos válidos y reproducibles (58).

3.2. Enfoque investigativo

El estudio será de enfoque cuantitativo, debido a que se realizará la recolección sistemática de datos numéricos y el análisis estadístico para la comprobación de las hipótesis formuladas a fin de medir fenómenos, evaluar intervenciones y establecer relaciones entre las variables (59).

3.3. Tipo de investigación

El estudio será de tipo aplicada, caracterizada por resolver problemas prácticos específicos mediante conocimientos y métodos científicos para generar soluciones útiles y accionables en salud individual y colectiva (60).

3.4. Diseño de la investigación

Considerando la intervención, el estudio corresponderá a un diseño no experimental caracterizado por la observación de las variables tal como ocurren en su contexto natural; de corte transversal, debido a que la información se recolectará en un único momento y de nivel correlacional al buscar identificar la relación existente entre dos o más variables, sin el establecimiento de causalidad (61).

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

La población consiste en el conjunto total de sujetos que comparten características específicas y relevantes para el estudio (61). En el presente estudio la población estará conformada por 120 licenciados en enfermería que laboran en las áreas de hospitalización, cuidados críticos, emergencia y cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN CENTRO, Junín, 2026.

3.5.2. Muestra

La muestra es un subconjunto representativo de la población, seleccionado con el fin de obtener información válida y confiable (61). En la presente investigación se empleará un muestreo no probabilístico de tipo censal, es decir, la muestra será igual a la población, y estará conformada por 120 licenciados en enfermería que laboran en las unidades de hospitalización, cuidados intensivos, emergencia y unidad de cuidados paliativos del IREN CENTRO en Junín, durante el año 2026. Para la selección definitiva de los participantes se tendrá en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Profesionales de enfermería con título de Licenciado, colegiados y habilitados.
- Personal asistencial con antigüedad laboral mayor a 6 meses en servicios que brindan atención directa al paciente oncológico en etapa terminal.
- Enfermeros que acepten participar voluntariamente mediante la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Personal de enfermería que ejecute labores exclusivamente administrativas o de consultorio externo.

- Enfermeros que se encuentren de vacaciones, licencia por salud o capacitación externa durante el periodo de recolección de datos.
- Internos de enfermería.

3.5.3. Muestreo

Se aplicará un muestreo no probabilístico de tipo censal. El muestreo censal consiste en el procedimiento en el que debido al tamaño manejable de la población y por precisión científica se incluye la totalidad de elementos que conformar el universo de estudio (61).

3.6. Variables y operacionalización

La tabla 1 muestra la operacionalización de variables:

Tabla 1

Variables y operacionalización

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
V1. Afrontamiento	Conjunto de esfuerzos conductuales y cognitivos variables que una persona lleva a cabo para gestionar exigencias internas y externas que son consideradas estresantes o abrumadoras (38).	Se medirá con la Escala de Afrontamiento de la Muerte de Bugen, que consta de 30 ítems con escala de respuesta Likert, un puntaje mínimo de 30 y un máximo de 210, donde a mayor puntaje, mayor competencia percibida para afrontar la muerte (44).	Cognitivo	Aceptación/valoración de la muerte como parte del proceso, comprensión de límites terapéuticos, reinterpretación/reestructuración cognitiva, sentido y significado del cuidado brindado.	Ordinal (Likert 1-7)	Bajo: 30-90 Medio: 91 a 150 Alto: 151 a 210
			Conductual	Afrontamiento activo ante la situación, búsqueda de apoyo, comunicación y participación en acciones de cierre, conductas de autocuidado.	Ordinal (Likert 1-7)	
			Emocional	Regulación emocional ante la pérdida, tolerancia al malestar, expresión emocional adecuada, serenidad/autocontrol.	Ordinal (Likert 1-7)	
V2. Resiliencia	Consiste en un proceso dinámico de adaptación que permite mantener o recuperar un funcionamiento	Se medirá con la CD RISC 10, que consta de 10 ítems con escala de respuesta Likert, con un puntaje total entre 0 a 40, donde a mayor	Resiliencia psicológica	Adaptación al cambio, perseverancia/tenacidad, manejo del estrés y presión, recuperación ante dificultades,	Ordinal (Likert 0-4)	Baja: 0 a 13 Media: 14 a 26

psicológico adecuado frente a adversidades significativas (46).	puntaje mayor resiliencia psicológica (55).	confianza/autoeficacia para resolver problemas.	Alta: 27 a 40
---	---	---	---------------

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Se empleará la técnica de encuesta, aplicando cuestionarios estandarizados de autorreporte a los participantes en un único momento, a fin de cuantificar las variables de estudio de forma uniforme y comparable (62).

3.7.2. Descripción de instrumentos

Instrumento variable 1. Afrontamiento

Se evaluará con la “Escala de afrontamiento de la muerte” propuesta por Bugen con el objetivo de medir la competencia percibida para afrontar la muerte y situaciones asociadas al proceso de la muerte (44). Es un cuestionario autoadministrado que consta de 30 ítems, con escala de respuesta Likert de 7 puntos.

Instrumento variable 2. Resiliencia

Se aplicará la “Escala de resiliencia de Connor – Davidson CD RISC 10”, versión de 10 ítems desarrollada por Campbell y Stein a partir de análisis factorial de CD RISC, con el objetivo de evaluar la resiliencia psicológica, posee una escala de autorreporte y responde considerando el mes previo, se estructura en 10 ítems de modelo unidimensional, con escala de respuesta Likert de 4 puntos (55).

3.7.3. Validación

La validez se entiende como el grado en que un instrumento aporta evidencias suficientes para interpretar sus puntajes como una medida del constructo que pretende evaluar (63).

Instrumento 1. Escala Bugen de Afrontamiento de la muerte

Referente a la validez del constructo, De Horta y Ordoñez (64) reportaron en la validación de la “Escala de Bugen” en estudiantes de ciencias de la salud, indicadores de

adecuación muestral para análisis factorial ($KMO = 0.709$) y significancia de la esfericidad de Bartlett ($X^2 = 1180.571$; $p < 0.0001$), sustentando que la estructura del instrumento es evaluable y consistente con el constructo. Medrano et al. (65) corroboraron la validez del modelo a través del análisis factorial confirmatorio (AFC), encontrando ajuste adecuado para un modelo de cinco factores ($NNFI = 0.904$; $CFI = 0.920$; $IFI = 0.921$; $RMSEA = 0.052$) y manteniendo buen desempeño posterior a la depuración ($NNFI = 0.917$; $CFI = 0.934$; $IFI = 0.934$; $RMSEA = 0.066$).

Instrumento 2. Escala de Resiliencia Connor–Davidson (CD-RISC 10)

Respecto a la validez del constructo, Campbell y Stein (55) sustentaron la estructura breve del CD RISC con evidencia factorial para una versión de 10 ítems, confirmando un modelo unidimensional con índices de ajuste adecuados con $CFI = 0.96$ y $RMSE = 0.056$. Bernaola et al. (66) reportaron adecuación para análisis factorial ($KMO = 0.89$) y Bartlett significativo ($X^2 = 1344.8$; $p < 0.000$), con una solución unidimensional que explica 47 % de la varianza, además, el AFC de ajuste aceptable ($X^2 / gl = 2.438$; $RMSEA = 0.070$; $CFI = 0.915$; $TLI = 0.934$).

3.7.3. Confiabilidad

La confiabilidad se refiere a la consistencia de las mediciones del instrumento, la estabilidad y coherencia interna de sus ítems, en escalas tipo Likert se estiman mediante alfa de Cronbach (63).

Instrumento 1. Escala Bugen de Afrontamiento de la muerte

De Horta y Ordoñez (64), evidenciaron consistencia interna mediante alfa de Cronbach de 0.812 y un coeficiente de confiabilidad reportado de 0.813, respaldando un nivel adecuado de precisión para estudios en población de formación en el ámbito de la salud.

Instrumento 2. Escala de Resiliencia Connor–Davidson (CD-RISC 10)

Campbell y Stein (55), mostraron que la versión de 10 ítems presentó consistencia interna de alfa de Cronbach igual a 0.85, indicando una buena confiabilidad.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Se ejecutará de manera secuencial:

- Antes de aplicar los instrumentos, se gestionarán los permisos y las autorizaciones en la Institución de Salud. La muestra de estudio será informada acerca de los propósitos y el alcance del estudio, además del consentimiento.
- Se llevará a cabo el control de calidad de las encuestas respondidas y la detección de preguntas no contestadas durante el procesamiento de datos.
- Los datos serán ingresados en una matriz de Excel y luego se procesarán usando la versión 26 del programa estadístico SPSS.
- Se ejecutará la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov, considerando que el tamaño de la muestra es 120 personas.
- La contrastación de hipótesis se llevará a cabo utilizando Rho de Spearman o Pearson, dependiendo de la distribución de los datos. Para su análisis e interpretación, se crearán tablas y gráficos.

3.9. Aspectos éticos

El estudio se ejecutará respetando los principios éticos fundamentales aplicables a estudios con seres humanos. La participación será voluntaria previa explicación de los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios del estudio, garantizando la confidencialidad y el uso de información únicamente con fines académicos. Los principios a considerar en el estudio son:

Principio de autonomía

Trata de la participación voluntaria y basada en consentimiento informado, con información clara sobre objetivos, procedimientos y manejo de datos, además de la garantía del derecho a no participar o retirarse en cualquier momento sin sanción ni repercusión laboral (67).

Principio de beneficencia

Trata de la búsqueda de maximizar el beneficio social, como generar evidencia útil para decisiones de mejora del bienestar del personal y del servicio (68).

No maleficencia

Consiste en evitar el daño físico y emocional de los participantes de la investigación, a través de la suspensión de la participación si el participante se siente incómodo, protección de privacidad mediante codificación y acceso restringido a base de datos, seguimiento de criterios de seguridad y minimización del riesgo, propios de la investigación (69).

Principio de justicia

Refiere el trato a las personas con igualdad, imparcial y justo, sin discriminación por edad, género, identidad, raza, nivel socioeconómico, religión, entre otros (70).

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

La tabla 2 expone el cronograma de actividades:

Tabla 1

Cronograma de actividades

Actividades	2026					
	Ene.	Feb.	Mar	Abr	May	Jun.
			.	.	.	
“Redacción de la realidad problemática”	“X”					
“Exposición de la situación problemática y marco teórico”	“X”					
“Importancia y justificación del estudio”		“X”				
“Planteamiento del problema y objetivos”		“X”				
“Definición del enfoque y diseño de investigación”		“X”				
“Establecimiento de la población, muestra y muestreo”		“X”				
“Técnicas e instrumentos de recolección de información”		“X”				
“Aspectos éticos”		“X”				
“Métodos de análisis de información”		“X”				
“Aspectos administrativos”		“X”				
“Elaboración de anexos”		“X”				
“Aprobación del proyecto”			“X”			
“Ejecución del estudio”				“X”		
“Resultados y conclusiones”					“X”	
“Recomendaciones y Anexos”					“X”	
“Sustentación”						“X”

4.2. Presupuesto

La tabla 3 expone el presupuesto del estudio:

Tabla 1

Presupuesto del estudio

Descripción	Unidad	Cantidad	Precio unitario (S/.)	Precio total (S/.)
A. Materiales				
Útiles de oficina	Paquete	1	180.00	180.00
Almacenamiento digital	Unidad	1	60.00	60.00
B. Servicios				
Impresiones	Página	700	0.25	175.00
Fotocopias y escaneos	Servicio	1	120.00	120.00
Internet y telefonía	Mes	5	80.00	400.00
Verificación de similitud	Servicio	2	50.00	100.00
C. Viáticos				
Movilidad	Salida	4	250.00	1000.00
Viáticos/alimentación	Día	8	80.00	640.00
Refrigerio en jornadas de Participante aplicación		120	5.00	600.00
TOTAL				3 275.00

5. REFERENCIAS

1. International Council of Nurses. ICN launches new report and survey warning of deepening global nursing crisis but offering solutions [Internet]. Geneva; 2025 [cited 2026 Feb 17]. Available from: <https://www.icn.ch/news/icn-launches-new-report-and-survey-warning-deepening-global-nursing-crisis-offering-solutions>
2. Smiley RA, Kaminski N, Reid M, Burwell P, Oliveira CM, Shobo Y, et al. The 2024 National Nursing Workforce Survey. *J Nurs Regul.* 2025;16(1):S1–88. DOI: 10.1016/S2155-8256(25)00047-X
3. Smiley RA, Allgeyer RL, Shobo Y, Lyons KC, Letourneau R, Zhong E, et al. The 2022 National Nursing Workforce Survey. *Journal of Nur.n.* 2023;14(1):S1–90. DOI: 10.1016/S2155-8256(23)00047-9
4. World Health Organization. Global cancer burden growing, amidst mounting need for services [Internet]. 2024 [cited 2026 Feb 17]. Available from: <https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services>
5. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3):229–63. DOI: 10.3322/caac.21834
6. Al Yahyaei A, Al Kindi Z, Al Sabei S, Al Hasni N, Al Jabri W, Muliira J. Moderating role of resilience on professional quality of life, stress and turnover intention among oncology nurses. *BMC Nurs.* 2025;24(1):692. DOI: 10.1186/s12912-025-03463-5
7. Luo M, Guo Q, Yan S, Huang M, Wang X. Mediating effects of positive coping styles among oncology nurses between psychological resilience and professional grief: a cross-sectional study. *Sci Rep.* 2025;15(1):45710. DOI: 10.1038/s41598-025-28402-x

8. Wen Y, Zhang QX, Liu Y, He XH, Gong YW. Relationship between death anxiety and coping with death competence among Chinese oncology nurses: A chain mediation model. *World J Psychiatry*. 2025;15(7). DOI: 10.5498/wjp.v15.i7.107416
9. Helaß M, Maatouk I. An estimate of burnout prevalence among oncology nurses. *BMC Nurs*. 2024;23(1):758. DOI: 10.1186/s12912-024-02421-x
10. Despotović MM, Ignjatović D, Banković D, Milovanović D, Stepanović Ž, Despotović M, et al. Suicidality, resilience and burnout in a population of oncology nurses. *Sci Rep*. 2025;15(1):3251. DOI: 10.1038/s41598-025-87677-2
11. Tiga DC, Mancilla A, Castro MA, Vergara OJ, Llanganate DM, Acosta EG. Multicenter study on satisfaction, stress and working conditions in nursing in Latin American countries. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2024;32. DOI: 10.1590/1518-8345.7337.4392
12. Getie A, Ayenew T, Amlak BT, Gedfew M, Edmealem A, Kebede WM. Global prevalence and contributing factors of nurse burnout: an umbrella review of systematic review and meta-analysis. *BMC Nurs*. 2025;24(1):596. DOI: 10.1186/s12912-025-03266-8
13. Galanis P, Iliopoulou K, Katsiroumpa A, Moisoglou I, Igoumenidis M. Moral resilience protects nurses from moral distress and moral injury. *Nurs Ethics*. 2025;32(5):1617–28. DOI: 10.1177/09697330251324298
14. National Council of State Boards of Nursing. National Nursing Workforce Study [Internet]. 2024 [cited 2026 Feb 17]. Available from: <https://www.ncsbn.org/research/recent-research/workforce.page>
15. Caldichoury N, Ripoll D, Morales B, Ibañez S, Flórez Y, Reyes C, et al. Burnout en profesionales sanitarios de América Latina durante la pandemia de COVID-19. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2024; DOI: 10.1016/j.rcp.2024.04.008

16. Vaca J, Revelo S, Anaya- JL, Vaca C, Castillo R, Altamirano G, et al. Psycho-emotional impact of the COVID-19 pandemic on nursing professionals in Ecuador: a cross-sectional study. *BMC Nurs.* 2024;23(1):454. DOI: 10.1186/s12912-024-02119-0
17. Simonetti M, Vásquez AM, Alejandra M. Environment, workload, and nurse burnout in public hospitals in Chile. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2021;55. DOI: 10.1590/1980-220x-reeusp-2020-0521
18. Orellana ML, Choque J, Quispe E, Hualca CA. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería durante la pandemia, 2021. *Revista Científica de Enfermería UNITEPC.* 2021;3(2):07–12. DOI: 10.36716/unitepc.v3i2.1.10
19. Silva T, Farah BF, Bustamante MT, Ribeiro LC. Prevalência da síndrome de Burnout em enfermeiros de um hospital público. *Revista Enfermagem UERJ.* 2022;30(1):e66860. DOI: 10.12957/reuerj.2022.66860
20. Ministerio de Salud del Perú. Plan Nacional de Cuidados Integrales del Cáncer 2020–2024. Lima; 2022.
21. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209–49. DOI: 10.3322/caac.21660
22. Banegas JZ, Villavicencio EA, Vaca AM. Actitudes y afrontamiento del personal de enfermería ante la muerte de los pacientes en un hospital general de Machala. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades.* 2025;6(2). DOI: 10.56712/latam.v6i2.3781

23. Luo M, Guo Q, Yan S, Huang M, Wang X. Mediating effects of positive coping styles among oncology nurses between psychological resilience and professional grief: a cross-sectional study. *Sci Rep*. 2025;15(1):45710. DOI: 10.1038/s41598-025-28402-x
24. Arribas S, Petkari E, Jaureguizar J, Sánchez T, Morales I, Doval S. Attitudes towards death in nursing staff: The role of resilience. *Res Sq*. 2025;1–23. DOI: 10.21203/rs.3.rs-7808208/v1
25. Sharif L, Almutairi K, Alnasser I, Attar Z, Mahsoon A, Alhofaia A, et al. Relationship between grief and coping strategies among nurses dealing with patient deaths: a descriptive, cross-sectional, correlational study. *BMC Palliat Care*. 2025;24(1):151. DOI: 10.1186/s12904-025-01790-7
26. Üzar YS, Budak SE. The relationship between attitudes toward death, rumination, and psychological resilience of oncology nurses. *Semin Oncol Nurs*. 2024;40(3):151645. DOI: 10.1016/j.soncn.2024.151645
27. Marticorena DF, Paucar JA. Afrontamiento y resiliencia en enfermería frente a la muerte por politraumatismo, servicio de emergencia - Hospital de Huancayo 2025 [Tesis de Grado internet]. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes; 2025 [cited 2026 Jan 18]. Available from: Repositorio institucional: <https://hdl.handle.net/20.500.12848/10091>
28. Carbonel M, Hernández KR. Estudio correlacional entre regulación emocional y afrontamiento a la muerte en el personal de salud pública. *Sciencevolution*. 2024;1(9):9–17. DOI: <https://doi.org/10.61325/ser.v1i9.110>
29. Basilio LL, Berrospi SY. Actitudes hacia la muerte del paciente y las estrategias de afrontamiento en internos de enfermería, Hospital Regional Daniel Alcides Carrión - 2022 [Tesis de Licenciatura internet]. Cerro de Pasco: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión; 2023 [cited 2026 Jan 13]. Available from: Repositorio institucional: <http://45.177.23.200/handle/undac/3344>

30. Quiñones EN. Resiliencia y síndrome de Burnout en personal de enfermería en emergencias de un hospital nacional de Lima, 2022 [Tesis de grado internet]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2022 [cited 2026 Jan 20]. Available from: Repositorio institucional: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/c94e3f8d-70d4-4219-a220-15188b59d137/content>
31. Orihuela AE, Meneses ME, Cosme MF, Soriano SO, Lévano MG, Bazán LJ. Attitude and coping before death: A current challenge for nurses in times of pandemic [Actitud y afrontamiento ante la muerte: Un desafío actual para los profesionales de enfermería en tiempos de pandemia]. *Journal of Global Health and Medicine*. 2020;4(2):13. DOI: 10.32829/ghmj.v4i2.204
32. Folkman S. Stress, coping, and hope. 1st ed. Vol. 30 *Psychooncology*; 2021.
33. Park CL, Folkman S. Meaning making in the context of disasters and stressful life events. 7th ed. Vol. 78 *J Clin Psychol*; 2022.
34. Carver CS, Connor J. Personality and coping. *Annu Rev Psychol*. 2021;72:419–45.
35. Luo M, Zhang Y, Li X, Zhang Q, Liu J, Wang Y. Mediating effects of positive coping styles among oncology nurses between psychological resilience and professional grief: a cross-sectional study. *Sci Rep*. 2025;15:1–10.
36. Sharif N, Almutairi A, Al S, Alzahrani M. Coping strategies and grief among nurses facing patient death: a correlational study. *J Nurs Manag*. 2025;33(2):345–53.
37. Medina J, Fernández C, Fernández C, Granero J. Fear of death and coping with death in intensive care nurses: a structural equation model. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(5):1–13.

38. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
39. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol.* 1989;56(2):267–83.
40. Hobfoll SE. Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist.* 1989;44(3):513–24.
41. Roy C. The Roy Adaptation Model. 3rd ed. Upper Saddle River: Pearson; 2009.
42. Lazarus RS, Folkman S. Ways of Coping Questionnaire manual. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1988.
43. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief COPE. *Int J Behav Med.* 1997;4(1):92–100.
44. Bugen LA. Coping: effects of death education. *Omega (Westport).* 1980;11(2):175–83.
45. Pundir P, Sadanand S, Srinivasan V, Jacob AG, Sebaoui S, Shareef A, et al. Defining resilience for global healthcare workforce: A narrative review. *Health Sciences Review.* 2026;18:100252. DOI: 10.1016/j.hsr.2025.100252
46. Masten AS, Lucke CM, Nelson KM, Stallworthy IC. Resilience in development and psychopathology: Multisystem perspectives. *Annu Rev Clin Psychol.* 2021;17(1):521–49. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-081219-120307
47. Agostini L, Onofrio R, Piccolo C, Stefanini A. A management perspective on resilience in healthcare: a framework and avenues for future research. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1):774. DOI: 10.1186/s12913-023-09701-3

48. Unjai S, Forster EM, Mitchell AE, Creedy DK. Interventions to promote resilience and passion for work in health settings: A mixed-methods systematic review. *Int J Nurs Stud Adv.* 2024;7:100242. DOI: 10.1016/j.ijnsa.2024.100242
49. Liu M, Yan Z, Wu C. Comparative efficacy and acceptability of resilience-focused interventions for nurses: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Nurs.* 2025;24(1):418. DOI: 10.1186/s12912-025-03090-0
50. Witter S, Thomas S, Topp SM, Barasa E, Chopra M, Cobos D, et al. Health system resilience: a critical review and reconceptualisation. *Lancet Glob Health.* 2023;11(9):e1454–8. DOI: 10.1016/S2214-109X(23)00279-6
51. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry.* 1987;57(3):316–31.
52. Werner EE, Smith RS. *Journeys from childhood to midlife: risk, resilience, and recovery.* Ithaca: Cornell University Press; 2001.
53. Masten AS. Ordinary magic: resilience processes in development. *American Psychologist.* 2001;56(3):227–38.
54. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety.* 2003;18(2):76–82.
55. Campbell L, Stein MB. Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *J Trauma Stress.* 2007;20(6):1019–28.
56. Wagnild GM, Wagnild GM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas.* 1993;1(2):165–78.

57. Smith BW, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Christopher P, Bernard J. The Brief Resilience Scale: assessing the ability to bounce back. *Int J Behav Med*. 2008;15(3):194–200.
58. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
59. LoBiondo G, Haber J. *Nursing research: methods and critical appraisal for evidence-based practice*. 10th. Elsevier; 2022.
60. Bhattacharya P. *Research Methodology in the Health Sciences: A Quick Reference Guide*. New York: McGraw Hill Professional; 2021.
61. Creswell JW, Creswell JD. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 6th ed. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2023.
62. Hernández R, Fernández C, Baptista M del P. *Metodología de la Investigación*. 6th ed. McGraw-Hill; 2014.
63. Merino C. Coeficientes V de Aiken: diferencias en los juicios de validez de contenido. *MHSalud: Revista en Ciencias del Movimiento Humano y Salud*. 2023;20(1):1–10. DOI: 10.15359/mhs.20-1.3
64. De Horta C, Ordoñez AJ. Validación de la escala de Bugen “enfrentamiento ante la muerte” en estudiantes de enfermería y medicina de la Universidad de Cartagena [Tesis de Licenciatura]. Cartagena: Universidad de Cartagena; 2019.
65. Medrano P, Sáez EJ, Vidal P, Camaño R, Cosma IA. Simplification and validation of Bugen’s coping with death scale in nursing students. *Health, Aging & End of Life*. 2020;11–20.
66. Bernaola AD, Garcia M, Martinez N, Ocampos M, Livia J. Validez y confiabilidad de la Escala Breve de Resiliencia Connor-Davidson (CD-RISC 10) en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Ciencias Psicológicas*. 2022; DOI: 10.22235/cp.v16i1.2545

67. Valdez E, Bedolla M. Informed consent: its importance for retrolective research and medical science progress. *Gac Med Mex.* 2021;157(1). DOI: 10.24875/GMM.20000227
68. Solis G, Alcalde G, Alfonso I. Research ethics: From principles to practical aspects. *Anales de Pediatría (English Edition).* 2023;99(3):195–202. DOI: 10.1016/j.anpede.2023.06.016
69. Bernal DR, Gómez AI. Derecho a la protección de datos personales en la investigación biomédica en Colombia. *Revista Chilena de Derecho y Tecnología.* 2022;11(1):359–94. DOI: 10.5354/0719-2584.2022.66319
70. Machado LO, Fernandes M, Chaoubah A, Rego G. Equity in health and justice: a look at the Brazilian unified health system (SUS) from the perspective of John Rawls. *Acta Bioeth.* 2023;29(2):165–75. DOI: 10.4067/S1726-569X2023000200165

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Variable 1 Dimensiones :	Tipo de investigación Básica Método y diseño de la investigación Enfoque: Cuantitativo Diseño: No experimental transversal Nivel: Correlacional Población y muestra 120 enfermeros que laboran en el servicio de oncología del hospital. Muestra Censal.
¿Cuál es la relación entre el afrontamiento y la resiliencia del profesional de enfermería ante la muerte del paciente oncológico en el IREN Centro, Junín, 2026?	Determinar la relación entre el afrontamiento y la resiliencia del profesional de enfermería ante la muerte del paciente oncológico en el IREN Centro, Junín, 2026.	Existe relación significativa entre el afrontamiento y la resiliencia del profesional de enfermería ante la muerte del paciente oncológico en el IREN Centro, Junín, 2026.	Afrontamiento Cognitivo Conductual Emocional	
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas	Variable 2 Dimensiones :	
a. ¿Cuál es la relación entre el afrontamiento cognitivo y la resiliencia del profesional de enfermería ante la muerte del paciente oncológico en el IREN Centro, Junín, 2026? b. ¿Cuál es la relación entre el afrontamiento conductual y la resiliencia del profesional de enfermería ante la muerte del paciente oncológico en el IREN Centro, Junín, 2026? c. ¿Cuál es la relación entre el afrontamiento emocional y la resiliencia del profesional de enfermería ante la muerte del paciente oncológico en el IREN Centro, Junín, 2026?	a. Establecer la relación entre el afrontamiento cognitivo y la resiliencia del profesional de enfermería ante la muerte del paciente oncológico en el IREN Centro, Junín, 2026. b. Establecer la relación entre el afrontamiento conductual y la resiliencia del profesional de enfermería ante la muerte del paciente oncológico en el IREN Centro, Junín, 2026. c. Establecer la relación entre el afrontamiento emocional y la resiliencia del profesional de enfermería ante la muerte del paciente oncológico en el IREN Centro, Junín, 2026.	a. Existe relación significativa entre el afrontamiento cognitivo y la resiliencia del profesional de enfermería ante la muerte del paciente oncológico en el IREN Centro, Junín, 2026. b. Existe relación significativa entre el afrontamiento conductual y la resiliencia del profesional de enfermería ante la muerte del paciente oncológico en el IREN Centro, Junín, 2026. c. Existe relación significativa entre el afrontamiento emocional y la resiliencia del profesional de enfermería ante la muerte del paciente oncológico en el IREN Centro, Junín, 2026.	Resiliencia ● Resiliencia psicológica	

Anexo 2. Instrumento**ESCALA DE BUGEN DE AFRONTAMIENTO DE LA MUERTE****Código de encuesta:** _____**Fecha:** _____**Edad:** _____**Sexo:** Femenino () Masculino ()**Tipo de contrato:** Nombrado () CAS () Otro: _____**Años de experiencia:** Menos de 6 meses () De 6 meses a 1 año ()

De 1 a 2 años () De 3 a 5 años () Más de 5 años ()

Instrucciones

A continuación, encontrará un conjunto de ítems relacionados al afrontamiento ante la muerte del paciente en el Servicio de Oncología del IREN Centro, Junín, 2026. Marque una sola alternativa según la siguiente escala:

1	2	3	4	5	6	7
Totalment e en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Neutral	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Totalment e de acuerdo

ÍTEM	1	2	3	4	5	6	7
1. "Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo"							
2. "Tengo una buena perspectiva de la muerte y del proceso de Morir"							
3. "La muerte es un área que se puede tratar sin peligro"							
4. "Estoy enterado de los servicios que ofrecen las funerarias"							
5. "Estoy enterado de las diversas opciones que existen para disponer de los cuerpos"							
6. "Estoy enterado de todas las emociones que caracterizan al duelo humano"							
7. "Tener la seguridad de que moriré no afecta de ninguna manera a mi conducta en la vida"							
8. "Me siento preparado para afrontar mi muerte"							
9. "Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir"							
10. "Entiendo mis miedos relacionados con la muerte"							
11. "Estoy familiarizado con los arreglos previos al funeral"							
12. "Últimamente creo que está bien pensar en la muerte"							
13. "Mi actitud respecto a la vida a cambiado recientemente"							
14. "Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte"							
15. "Puedo poner palabras a mis instintos respecto a la muerte y el proceso de morir"							
16. "Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual"							
17. "Me importa más la calidad de vida que su duración"							
18. "Puedo hablar de mi muerte con mi familia y mis amigos"							
19. "Sé con quién contactar cuando se produce una muerte"							
ÍTEM	1	2	3	4	5	6	7

20. "Seré capaz de afrontar pérdidas futuras"							
21. "Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí"							
22. "Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales"							
23. "Sé cómo hablar con los niños de la muerte"							
24. "Puedo decir algo inapropiado cuando estoy con alguien que sufre un duelo"							
25. "Puedo pasar tiempo con los moribundos si lo necesito"							
26. "Puedo ayudar a la gente con sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir"							
27. "Sería capaz de hablar con un amigo o con un miembro de mi familia sobre su muerte"							
28. "Puedo disminuir la ansiedad de aquellos que están a mi alrededor cuando el tema es la muerte y el proceso de morir"							
29. "Me puedo comunicar con los moribundos"							
30. "Puedo decir a la gente, antes de que ellos o yo muramos, cuánto los quiero"							

ESCALA DE RESILIENCIA CONNOR DAVIDSON (CD-RISC 10)

Código de encuesta: _____ **Fecha:** _____

Edad: _____ **Sexo:** Femenino () Masculino ()

Tipo de contrato: Nombrado () CAS () Otro: _____

Años de experiencia: Menos de 6 meses () De 6 meses a 1 año ()
De 1 a 2 años () De 3 a 5 años () Más de 5 años ()

Instrucciones

A continuación, encontrará un conjunto de ítems relacionados a la resiliencia ante la muerte del paciente en el Servicio de Oncología del IREN Centro, Junín, 2026. Marque una sola alternativa según la siguiente escala:

0	1	2	3	4
En absoluto	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre

ÍTEM	0	1	2	3	4
1. "Soy capaz de adaptarme cuando acurren cambios"					
2. "Puedo enfrentarme a cualquier cosa"					
3. "Intento ver el lado divertido de las cosas cuando me enfrento con problemas"					
4. "Enfrentarme a las dificultades puede hacerme más fuerte"					
5. "Tengo tendencia a recuperarme pronto tras enfermedades, heridas u otras privaciones"					
6. "Creo que puedo lograr mis objetivos"					
7. "Bajo presión me centro y pienso claramente"					
8. "No me desanimo fácilmente con el fracaso"					
9. "Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los retos y dificultades de la vida"					
10. "Soy capaz de manejar sentimientos desagradables y dolorosos como tristeza, temor y enfado"					

Anexo 3. Formato de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Instituciones: Universidad Privada Norbert Wiener

Investigador: Lic. Castellares Hermoza, Diana Carolina

Título: “Afrontamiento y resiliencia del enfermero ante la muerte del paciente en el Servicio de Oncología del IREN Centro, Junín, 2026”

Propósito del estudio

Lo invitamos a ser partícipe del estudio desarrollado por la investigadora Diana Carolina Castellares Hermoza de la Universidad Privada Norbert Wiener. El objetivo de este estudio es “Determinar la relación entre el afrontamiento y la resiliencia del profesional de enfermería ante la muerte del paciente oncológico en el IREN Centro, Junín, 2026”.

Procedimientos

Si usted decide participar en este estudio, deberá considerar los siguientes puntos:

- Leer detenidamente el documento y firmarlo.
- Participar de manera voluntaria en el estudio.
- Responder la totalidad de las preguntas formuladas en las encuestas.

La encuesta puede durar entre 10 a 15 minutos. Los resultados de los cuestionarios serán almacenados respetando la confidencialidad y el anonimato.

Riesgos

Su participación en el estudio no supone riesgos para los profesionales de enfermería que participen en el estudio, la participación es completamente voluntaria y puede retirarse cuando decida.

Beneficios

Usted se beneficiará con conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados de manera individual que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional y para mejorar en cuanto a afrontamiento y resiliencia ante la muerte del paciente oncológico.

Costo e incentivos

La participación no tiene costo.

Confidencialidad

La información obtenida será guardada con códigos. Los resultados a ser publicados no mostrarán ninguna información que permita la identificación de usted.

Derecho del participante

Si usted se siente incómodo durante el llenado del cuestionario, podrá retirarse en cualquier momento o anular su participación sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud, no dude en expresarlo al personal del estudio. Puede comunicarse con la investigadora al número de celular _____ y/o al Comité que validó el presente estudio, _____, presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, telf. 924569790. E-mail comité.etica@uwiener.edu.pe.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio. Comprendo qué cosas puede acontecer al participar en el estudio. Entiendo que puedo decidir no participar, aunque ya haya aceptado y que puede retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante

Nombre:

DNI:

Investigador

Nombre:

DNI:

16% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 13%  Fuentes de Internet
- 4%  Publicaciones
- 12%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 13% Fuentes de Internet
- 4% Publicaciones
- 12% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	4%
2	Internet	repositorio.undac.edu.pe	<1%
3	Trabajos entregados	Universidad Privada San Juan Bautista on 2026-04-13	<1%
4	Internet	repositorio.ucsm.edu.pe	<1%
5	Internet	repositorio.upla.edu.pe	<1%
6	Internet	digibug.ugr.es	<1%
7	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-06-06	<1%
8	Internet	repositorio.uladech.edu.pe	<1%
9	Trabajos entregados	UNIV DE LAS AMERICAS on 2026-05-11	<1%
10	Internet	dspace.utpl.edu.ec	<1%
11	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-06-12	<1%