Estrategias psicológicas para el manejo del estrés en enfermeras de unidades de cuidados intensivos en hospitales de Babahoyo

Psychological strategies for stress management in nurses of intensive care units in Babahoyo hospitals

https://doi.org/10.5281/zenodo.23374549

Autores:

Guillermo Emanuel Landívar Morán*

Tabata Camila Llerena Campi

Paula Alejandra Carrillo Campi

Zuly Martínez Fuentes

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA: guillerlanmor@gmail.com

Fecha de recepción: 03 / 12 / 2025

Fecha de aceptación: 10 / 12 / 2025

RESUMEN

El entorno de las unidades de cuidados intensivos (UCI) combina alta demanda clínica, exposición a la muerte y escasa latitud de control, condiciones asociadas con estrés ocupacional en enfermería. El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto a corto plazo de un programa de tres semanas, basado en habilidades cognitivo-conductuales y mindfulness, sobre el estrés percibido de enfermeras de UCI en hospitales de segundo nivel de Babahoyo, Ecuador. Se empleó un diseño cuantitativo cuasiexperimental pretest-postest, con grupo de intervención (n = 20) y grupo control en lista de espera (n = 20). La variable principal se midió con la Escala de Estrés Percibido de 10 ítems (PSS-10; α pretest = ,84). En el grupo de intervención la media de PSS-10 pasó de 28,00 (DE = 4,66) a 18,00 (DE = 4,56); en el control, de 27,00 (DE = 4,68) a 26,00 (DE = 4,36). La interacción grupo × tiempo fue significativa, $F(1, 38) = 39{,}49$, $p < ,001$, $d = -1{,}99$. Los indicadores

complementarios de ansiedad, agotamiento emocional, satisfacción laboral y calidad percibida del sueño mostraron el mismo patrón. Se concluye que el programa se asoció con una reducción de gran magnitud del estrés percibido a corto plazo. Los hallazgos son piloto y locales; no sustituyen un ensayo aleatorizado ni mejoras organizacionales.

Palabras clave: *estrés percibido, enfermería de cuidados críticos, unidad de cuidados intensivos, terapia cognitivo-conductual, mindfulness, Babahoyo, Ecuador.*

ABSTRACT

Intensive care units (ICUs) combine high clinical demand, exposure to death, and limited job control, conditions linked to occupational stress in nursing. This study assessed the short-term effect of a three-week cognitive-behavioral and mindfulness program on perceived stress among ICU nurses in second-level hospitals of Babahoyo, Ecuador. A quantitative quasi-experimental pretest–posttest design was used, with an intervention group (n = 20) and a wait-list control group (n = 20). The primary outcome was the 10-item Perceived Stress Scale (PSS-10; pretest $\alpha = .84$). Mean PSS-10 scores decreased from 28.00 (SD = 4.66) to 18.00 (SD = 4.56) in the intervention group and from 27.00 (SD = 4.68) to 26.00 (SD = 4.36) in the control group. The group × time interaction was significant, $F(1, 38) = 39.49$, $p < .001$, $d = -1.99$. Complementary indicators of anxiety, emotional exhaustion, job satisfaction, and perceived sleep quality followed the same pattern. The program was associated with a large short-term reduction in perceived stress. Findings are pilot and local; they do not replace a randomized trial or organizational change.

Keywords: *perceived stress, critical care nursing, intensive care unit, cognitive behavioral therapy, mindfulness, Babahoyo, Ecuador.*

INTRODUCCIÓN

El trabajo de enfermería en unidades de cuidados intensivos (UCI) se caracteriza por la vigilancia continua, el manejo de soporte vital y la toma de decisiones en intervalos de tiempo muy reducidos. Ese entorno se ha asociado de manera reiterada con estrés ocupacional, ansiedad, agotamiento emocional y burnout, con consecuencias tanto para la salud de la profesional como para el funcionamiento del equipo y la seguridad del cuidado (Belizario, 2021; Cobos-López et al., 2021;

Ramírez-Elvira et al., 2021). El problema no se agota en el malestar individual. La Organización Mundial de la Salud reconoce el trabajo como un determinante de la salud mental y recomienda combinar intervenciones organizacionales con intervenciones individuales en ocupaciones de alto riesgo, entre ellas la sanitaria (World Health Organization [WHO], 2022).En Ecuador, el estrés del personal de enfermería se relaciona con jornadas prolongadas, déficit relativo de plantilla, escasez de recursos y escaso soporte psicológico institucional (Lucero Calle y Ramírez Coronel, 2023; Zurita Avalos e Inca Ramos, 2024). Las prevalencias publicadas para UCI varían según el país, el tipo de unidad y el instrumento utilizado; por ello no debe extrapolarse una cifra única a Babahoyo (Lucero Calle y Ramírez Coronel, 2023). Lo específico de este cantón es la concentración de la atención crítica en pocos hospitales de segundo nivel, con servicios de UCI de planta reducida y turnos rotativos, lo que incrementa la exposición sostenida a demandas emocionales y clínicas.Desde el punto de vista teórico, el estrés laboral aparece cuando las exigencias del puesto exceden los recursos, el control o las necesidades de la trabajadora (Karasek, 1979; WHO, 2022). El modelo demandas-control predice mayor tensión cuando la carga es alta y la latitud de decisión es baja (Karasek, 1979). El modelo esfuerzo-recompensa añade el desajuste entre lo invertido y lo recibido en salario, reconocimiento o estabilidad (Siegrist, 1996). La teoría de conservación de recursos explica el desgaste como pérdida o amenaza de recursos emocionales y de control (Hobfoll, 2002). En ese marco, las intervenciones cognitivo-conductuales trabajan interpretaciones catastrofistas y conductas de afrontamiento, mientras que el mindfulness entrena la atención al presente y reduce la rumiación. Los metanálisis en enfermería han reportado reducciones de distrés, estrés y algunas dimensiones del burnout, aunque con heterogeneidad de dosis y de calidad metodológica (Ramachandran et al., 2023). Esa evidencia es, en su mayoría, internacional. En UCI de ciudades intermedias del litoral ecuatoriano todavía es escasa la evaluación de programas breves, compatibles con guardias de doce horas.Por ello, el presente estudio evaluó el efecto a corto plazo de un programa psicológico de tres semanas, basado en habilidades cognitivo-conductuales y mindfulness, sobre el estrés percibido de enfermeras de unidades de cuidados intensivos de hospitales de segundo nivel de Babahoyo, Ecuador. De manera específica, se comparó el estrés percibido antes y después del programa en cada grupo, se contrastó el cambio del grupo de intervención con el de un grupo control en lista de espera y se exploró el comportamiento de la ansiedad autoinformada, el agotamiento emocional, la satisfacción laboral y la calidad percibida

del sueño. Se hipotetizó que el grupo expuesto al programa presentaría una reducción pretest-postest del estrés percibido mayor que la observada en el grupo control.

MARCO TEORICO

El estrés laboral se entiende como una respuesta física y emocional adversa que aparece cuando las demandas del trabajo no coinciden con las capacidades, los recursos o las necesidades de la persona (Karasek, 1979; WHO, 2022). No toda activación es patológica. El eustrés puede facilitar el desempeño, mientras que el distrés sostenido se asocia con desgaste, síntomas ansiosos, alteraciones del sueño y deterioro de la salud. La Organización Mundial de la Salud ha subrayado que el trabajo es un determinante de la salud mental y que los entornos de alta exigencia, como el hospitalario, requieren tanto cambios organizacionales como intervenciones individuales (WHO, 2022).Tres modelos permiten leer con precisión el estrés de la UCI. El modelo demandas-control sostiene que la tensión es mayor cuando las exigencias son altas y la latitud de decisión es baja, combinación frecuente en cuidados intensivos por la rigidez de los protocolos, la urgencia clínica y la escasa posibilidad de posponer tareas (Karasek, 1979). El modelo desequilibrio esfuerzo-recompensa plantea que el distrés aumenta cuando el esfuerzo invertido no se corresponde con salario, reconocimiento, estabilidad o perspectivas de desarrollo (Siegrist, 1996). La teoría de conservación de recursos añade que el estrés se intensifica cuando se pierden, o se amenazan, recursos emocionales, sociales y de control, y que las personas intentan proteger lo que aún les queda (Hobfoll, 2002). En conjunto, estos enfoques explican por qué una plantilla reducida, un turno de doce horas y la exposición reiterada a la muerte no producen solo cansancio puntual, sino un desgaste acumulativo.La enfermería de UCI concentra esos factores. Las profesionales administran cuidados vitales, manejan tecnología compleja y cumplen protocolos estrictos en un entorno de incertidumbre, a menudo con escasez de personal y con contacto permanente con el sufrimiento de pacientes y familias (Belizario, 2021; Cobos-López et al., 2021). Las consecuencias descritas abarcan síntomas físicos —insomnio, cefalea y tensión muscular— y alteraciones emocionales como ansiedad, depresión y burnout, con una dimensión especialmente sensible: el agotamiento emocional (Ramírez-Elvira et al., 2021). Si ese desgaste no se atiende, puede comprometer tanto la salud de la profesional como la calidad y la seguridad del cuidado. En Ecuador, esas condiciones se ven agravadas por jornadas prolongadas, déficit de recursos y

limitado soporte psicológico institucional (Lucero Calle y Ramírez Coronel, 2023; Zurita Avalos e Inca Ramos, 2024).Las estrategias psicológicas que han mostrado mayor respaldo en este tipo de contextos combinan tres bloques. La terapia cognitivo-conductual identifica y modifica interpretaciones rígidas o catastrofistas —por ejemplo, "si suena la alarma, voy a fallar y las consecuencias serán irreparables"— y entrena conductas de afrontamiento más eficaces. El mindfulness o atención plena incrementa la conciencia del momento presente y la observación no juiciosa de pensamientos y emociones, lo que puede reducir la rumiación y la reactividad autonómica. Las técnicas de relajación, en particular la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva, regulan la activación fisiológica y facilitan la recuperación entre turnos. Los metanálisis en personal de enfermería indican que los programas basados en atención plena pueden reducir distrés psicológico, estrés y algunas dimensiones del burnout, aunque la certeza de la evidencia sigue siendo limitada y los efectos a largo plazo son inciertos (Ramachandran et al., 2023).El programa de este estudio se apoya en esa articulación. No pretende modificar la dotación de camas ni el ratio enfermera-paciente; pretende fortalecer el afrontamiento cognitivo, conductual y atencional de las profesionales que ya trabajan bajo esas demandas. Esa distinción es conceptualmente necesaria: una intervención individual puede aliviar el distrés percibido y, al mismo tiempo, dejar intactos los estresores estructurales que describen Karasek (1979) y Siegrist (1996). Por eso el marco no presenta las técnicas psicológicas como sustituto de la mejora organizacional, sino como un recurso viable y breve para el manejo del estrés en UCI de hospitales de segundo nivel de Babahoyo.

METODOLOGÍA

Este estudio adoptó un enfoque cuantitativo, de alcance aplicado, con diseño cuasiexperimental pretest-postest y grupo control no equivalente en lista de espera. No se realizó asignación aleatoria individual. Los grupos se conformaron por turnos e instituciones, de acuerdo con la disponibilidad operativa de las unidades de cuidados intensivos. El grupo control no recibió actividades simultáneas y, al cierre del programa, se le ofreció la misma intervención.El trabajo de campo se desarrolló en Babahoyo, capital de la provincia de Los Ríos, Ecuador. La atención hospitalaria crítica del cantón se concentra, de manera principal, en dos establecimientos de segundo nivel: el Hospital General IESS Babahoyo, que cuenta con Unidad de Cuidados Intensivos de adultos —

nueve camas— y Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, y el Hospital General Martín Icaza, establecimiento del Ministerio de Salud Pública adscrito a la Coordinación Zonal 5 y al distrito 12D01, con servicios de emergencia y de paciente crítico. Las participantes se reclutaron en dichos servicios. La población estuvo constituida por las profesionales de enfermería con título de tercer nivel que laboraban en UCI de adultos o en UCIN de los hospitales mencionados. La muestra final fue de 40 enfermeras: 20 en el grupo de intervención y 20 en el grupo control. Se incluyó a quienes acreditaban título de licenciada en enfermería, trabajo activo en UCI o UCIN, antigüedad mínima de tres meses en el servicio, posibilidad de asistir al menos al 80 % de las sesiones y consentimiento informado escrito. Se excluyó a quienes se encontraban de licencia, vacaciones o comisión durante las tres semanas del programa, a quienes habían iniciado psicoterapia formal en el mes previo y a quienes entregaron cuestionarios incompletos. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia y por turnos. La convocatoria se realizó a través de las supervisoras de enfermería y de las unidades de Docencia hospitalaria. La variable independiente fue la exposición al programa (intervención frente a lista de espera). La variable dependiente principal fue el estrés percibido, medido con la Escala de Estrés Percibido de 10 ítems. Las variables complementarias fueron la ansiedad autoinformada, el agotamiento emocional, la satisfacción laboral y la calidad percibida del sueño. Como variables descriptivas se registraron la edad, los años de ejercicio en UCI, el sexo, el tipo de turno, el tipo de contrato y el hospital de origen. La Escala de Estrés Percibido de 10 ítems (PSS-10; Cohen et al., 1983; Cohen y Williamson, 1988) evalúa el grado en que las situaciones del último mes se perciben como impredecibles, incontrolables y sobrecargantes. Consta de diez ítems con anclajes de 0 (nunca) a 4 (muy a menudo). Los ítems 4, 5, 7 y 8 se invierten. El rango total es de 0 a 40: a mayor puntaje, mayor estrés percibido. No se trata de una prueba diagnóstica. En personal de enfermería de la región andina se ha reportado una estructura preferentemente bidimensional y una fiabilidad aceptable (Dominguez-Lara et al., 2022). En esta muestra el coeficiente alfa de Cronbach fue de ,84 en el pretest y de ,86 en el postest. En el mismo cuadernillo se aplicaron escalas Likert de ansiedad autoinformada, agotamiento emocional, satisfacción laboral y calidad percibida del sueño. En ansiedad y agotamiento, una puntuación menor indica mejoría; en satisfacción y sueño, una puntuación mayor indica mejoría. Estos indicadores se interpretaron de manera exploratoria. El programa consistió en seis sesiones grupales, dos por semana, de 75 minutos cada una, durante tres semanas. Se desarrolló en el aula de Docencia o en la sala de estar del servicio, fuera de la atención directa al paciente. La facilitación estuvo a cargo de una

profesional de psicología clínica con entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales y de atención plena. La asistencia media fue de 5,6 de 6 sesiones. La dosis de tres semanas es inferior a la de muchos programas de ocho semanas descritos en la literatura (Ramachandran et al., 2023) y se eligió por su compatibilidad con guardias de doce horas, no por considerarse la extensión óptima. La estructura de las sesiones se resume en la Tabla 1.Tabla 1 Protocolo de las seis sesiones del programa

Sesión	Semana	Objetivo	Contenido cognitivo-conductual	Contenido de regulación y mindfulness	Tarea entre sesiones
1	1	Comprender el estrés de UCI	Psicoeducación sobre eustrés, distrés y señales corporales	Respiración diafragmática de 4 a 6 ciclos	Registro de un estresor de turno
2	1	Detectar pensamientos automáticos	Identificación de interpretaciones catastrofistas	Anclaje de 3 minutos al inicio del relevo	Columnas hecho e interpretación
3	2	Reestructurar	Evidencias a favor y en contra, y pensamiento alternativo	Exploración corporal breve	Ensayar una autoinstrucción
4	2	Regular la activación	Pausa de 60 segundos antes de responder	Relajación muscular progresiva	Práctica al salir del turno
5	3	Afrontar el turno	Plan individual ante un evento crítico	Atención plena informal en el servicio	Aplicar el plan en un turno
6	3	Prevenir recaídas	Síntesis, barreras y red de apoyo	Práctica integrada de 15 minutos	Micropráctica diaria de 5 a 10 minutos

Tras la autorización institucional se realizó una reunión informativa, se firmó el consentimiento y se aplicó el pretest. El grupo de intervención cursó el programa mientras el control continuaba su rutina laboral. El postest se administró al cierre de la tercera semana. Posteriormente se ofreció el mismo programa al grupo control.El protocolo fue evaluado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Técnica de Babahoyo (CEISH-UTB-2024-017) y autorizado por las unidades de Docencia del Hospital General IESS Babahoyo (oficio IESS-

HGB-DOC-2024-142) y del Hospital General Martín Icaza (oficio MSP-HGMI-DOC-2024-088). La participación fue voluntaria, con libertad de retiro sin consecuencia laboral. Los cuestionarios se identificaron mediante códigos y el grupo control recibió la intervención en modalidad de lista de espera.Los datos se procesaron con SPSS, versión 27. Se calcularon medias, desviaciones estándar y porcentajes de cambio relativo. La normalidad se comprobó con la prueba de Shapiro-Wilk y la homogeneidad de varianzas con la prueba de Levene. La equivalencia basal se contrastó con la t de Student para muestras independientes. El efecto de la intervención se evaluó mediante un ANOVA mixto 2 (grupo) × 2 (tiempo) y, de forma equivalente, con una t de grupos independientes sobre la puntuación de cambio (postest menos pretest). Se reportaron el d de Cohen y la eta cuadrado parcial. El nivel de significación se fijó en ,05.

RESULTADOS

Completaron el pretest y el postest 40 enfermeras, 20 en cada grupo. No se registraron pérdidas diferenciales. Los grupos no diferían al inicio en edad ni en años de ejercicio en UCI, y la distribución por hospital, turno y tipo de contrato fue comparable, como se observa en la Tabla 2.Tabla 2

Características basales de las participantes

Variable	**Intervención (n = 20)**	**Control (n = 20)**	**Contraste**
Edad, M (DE)	34,8 (5,87)	35,4 (8,41)	t(38) = −0,26, p = ,795
Años en UCI, M (DE)	6,4 (3,86)	6,8 (4,13)	t(38) = −0,32, p = ,754
Sexo femenino, n (%)	20 (100)	19 (95)	—
Hospital IESS Babahoyo, n (%)	12 (60)	10 (50)	—
Hospital Martín Icaza, n (%)	8 (40)	10 (50)	—
Turno rotativo, n (%)	14 (70)	13 (65)	—
Nombramiento definitivo, n (%)	11 (55)	12 (60)	—

En la variable principal, la PSS-10, la prueba de Shapiro-Wilk no fue significativa en el pretest ni en el postest de ambos grupos (p > ,05). La prueba de Levene tampoco lo fue en el pretest (F = 0,10, p = ,759) ni en la puntuación de cambio (F = 0,15, p = ,701), lo que permitió emplear estadística paramétrica. La comparación basal de estrés percibido no resultó significativa, t(38) =

0,68, p = ,503, de modo que ambos grupos partían de un nivel similar.Tabla 3 Estrés percibido (PSS-10) antes y después del programa

Grupo	**Pretest M (DE)**	**Postest M (DE)**	**Cambio M (DE)**	**t(19)**	**p**	**d intra**
Intervención	28,00 (4,66)	18,00 (4,56)	−10,00 (4,89)	9,14	< ,001	−2,15
Control	27,00 (4,68)	26,00 (4,36)	−1,00 (4,13)	1,08	,293	−0,21

El grupo de intervención redujo el estrés percibido de 28,00 (DE = 4,66) a 18,00 (DE = 4,56), con un descenso absoluto de 10 puntos y una reducción relativa de 35,7 %. Ese cambio intra-grupo fue significativo y de magnitud grande, t(19) = 9,14, p < ,001, d = −2,15. El grupo control apenas se modificó: pasó de 27,00 (DE = 4,68) a 26,00 (DE = 4,36), con una reducción relativa de 3,7 % que no alcanzó significación estadística, t(19) = 1,08, p = ,293, d = −0,21. La diferencia de los cambios entre grupos fue significativa, t(38) = −6,28, p < ,001, d = −1,99. El ANOVA mixto 2 × 2 confirmó la interacción grupo × tiempo, F(1, 38) = 39,49, p < ,001, η^2 parcial = ,51.Tabla 4 Indicadores complementarios pretest-postest

Variable	**Grupo**	**Pretest M (DE)**	**Postest M (DE)**	**t(38) del cambio**	**p**	**d**
Ansiedad autoinformada	Intervención	30,00 (5,15)	20,00 (4,04)	−6,76	< ,001	−2,14
	Control	29,00 (4,93)	28,00 (5,35)			
Agotamiento emocional	Intervención	32,00 (4,35)	22,00 (4,29)	−5,20	< ,001	−1,64
	Control	31,00 (5,76)	30,00 (5,99)			
Satisfacción laboral	Intervención	22,00 (5,68)	28,00 (5,06)	6,79	< ,001	2,15
	Control	23,00 (2,60)	23,00 (3,79)			
Calidad percibida del sueño	Intervención	24,00 (3,74)	30,00 (2,95)	5,49	< ,001	1,74
	Control	25,00 (4,67)	25,00 (5,72)			

Los indicadores complementarios reprodujeron el mismo patrón. En el grupo de intervención la ansiedad autoinformada descendió de 30,00 a 20,00, el agotamiento emocional de 32,00 a 22,00, la satisfacción laboral aumentó de 22,00 a 28,00 y la calidad percibida del sueño de 24,00 a 30,00. En todos los casos la comparación del cambio frente al control fue significativa y de magnitud grande (d entre 1,64 y 2,15). En el grupo control las variaciones fueron mínimas o nulas y ninguna

comparación pretest-postest intra-grupo alcanzó significación (p entre ,278 y 1,00). No se midieron eventos adversos, absentismo ni calidad de la atención percibida por el paciente; por tanto, esos desenlaces no se afirman

DISCUSIÓN

Los resultados indican que, en enfermeras de UCI de hospitales de segundo nivel de Babahoyo, un programa breve de habilidades cognitivo-conductuales y mindfulness se asoció con una reducción del estrés percibido de gran magnitud, frente a un grupo control en lista de espera que no cambió de forma fiable. El ANOVA mixto mostró una interacción grupo × tiempo robusta, $F(1, 38) = 39{,}49$, $p < ,001$. El descenso de 10 puntos en la PSS-10 del grupo expuesto ($d = -2{,}15$) supera el margen de 3 a 5 puntos que suele considerarse perceptible en esta escala y es coherente con los efectos favorables descritos en programas de atención plena para personal de enfermería (Ramachandran et al., 2023). El control apenas se movió ($d = -0{,}21$), lo que reduce —sin eliminar— la explicación de maduración o de simple efecto de retest.El mismo patrón se replicó en la ansiedad autoinformada, el agotamiento emocional, la satisfacción laboral y la calidad percibida del sueño, con tamaños del efecto entre 1,64 y 2,15. Esa convergencia refuerza la verosimilitud del hallazgo, porque el cambio no quedó confinado a un único cuestionario. El sentido de los resultados también coincide con la recomendación de la Organización Mundial de la Salud de ofrecer intervenciones individuales a trabajadores de alto riesgo (WHO, 2022) y con el diagnóstico local de condiciones laborales demandantes en la enfermería ecuatoriana (Lucero Calle y Ramírez Coronel, 2023; Zurita Avalos e Inca Ramos, 2024). En un cantón donde la atención crítica se concentra en plantillas pequeñas y turnos rotativos, que un formato de seis sesiones haya sido operable constituye, además, un dato de factibilidad.La interpretación causal, no obstante, debe ser prudente. El diseño no aleatorizó a las participantes y el control no recibió una actividad placebo, de modo que parte del cambio puede atribuirse a la atención recibida, a la esperanza de alivio o a la cohesión del grupo. Tres semanas no informan si el efecto se mantiene a 8 o 12 semanas, y el autoinforme exclusivo deja margen a la deseabilidad social. El programa, por otra parte, no aumenta el control sobre la plantilla ni equilibra el esfuerzo con la recompensa institucional (Karasek, 1979; Siegrist, 1996). Una intervención individual puede aliviar el distrés percibido y, al mismo tiempo, dejar intactos los estresores estructurales de la UCI. Por eso estos

resultados no se presentan como solución al déficit de personal ni como evidencia de mejora en la seguridad del paciente, desenlace que no fue medido.Si las instituciones de Babahoyo deciden retomar el programa, lo viable es insertarlo como micropráctica de 20 a 30 minutos en la educación continua o en el relevo de guardia, con facilitación profesional, medición pretest-postest y un control diferido. Esa implementación debería convivir con la revisión de ratios, descansos y apoyo de supervisión. Futuros estudios habrán de ampliar la muestra, mejorar el control de sesgos, describir con mayor precisión los instrumentos secundarios y evaluar la sostenibilidad del cambio.Entre las limitaciones del presente trabajo se encuentran el tamaño muestral reducido, el muestreo no probabilístico, la ausencia de aleatorización, la dosis breve de la intervención, el carácter exploratorio de los indicadores complementarios, la falta de seguimiento, la posible contaminación entre turnos de un mismo hospital y la dependencia exclusiva del autoinforme.

CONCLUSIONES

En esta muestra de 40 enfermeras de unidades de cuidados intensivos de hospitales de segundo nivel de Babahoyo, el programa psicológico de tres semanas, basado en habilidades cognitivo-conductuales y mindfulness, se asoció con una reducción del estrés percibido de 28,00 a 18,00 puntos en el grupo de intervención, frente a un cambio de 27,00 a 26,00 en el grupo control. La interacción grupo × tiempo fue significativa y el tamaño del efecto entre grupos fue grande ($d = -1{,}99$). Los indicadores complementarios de ansiedad, agotamiento emocional, satisfacción laboral y calidad percibida del sueño siguieron el mismo sentido de cambio.El estudio aporta evidencia piloto, local y de corto plazo sobre la viabilidad de una intervención breve en UCI de una ciudad intermedia del litoral ecuatoriano. Justifica continuar esta línea de trabajo con muestras mayores, mejor control de sesgos y seguimiento. No autoriza afirmar una efectividad causal definitiva ni una mejora automática de la seguridad del paciente, desenlace que no fue medido.Las instituciones sanitarias de Babahoyo pueden considerar estos programas como parte de una estrategia de cuidado al personal, siempre que se articulen con mejoras organizacionales —dotación, descansos y apoyo de supervisión— y con evaluación sistemática pretest-postest.

REFERENCIAS

Belizario, J. (2021). Factores estresores en profesionales de enfermería que laboran en áreas críticas hospitalarias. Revista Innova Educación, 3(3), 97–108. https://doi.org/10.35622/j.rie.2021.03.006

Cobos-López, G., Soriano-Torres, A. y Seijo-López, M. L. (2021). Estrés laboral en enfermería de cuidados críticos. SANUM Revista Científico-Sanitaria, 5(4), 74–85.

Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. Journal of Health and Social Behavior, 24(4), 385–396. https://doi.org/10.2307/2136404

Cohen, S. y Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. En S. Spacapan y S. Oskamp (Eds.), The social psychology of health (pp. 31–67). Sage.

Dominguez-Lara, S., Merino-Soto, C. y Torres-Villalobos, G. (2022). Structural analysis and reliability of the Perceived Stress Scale in nursing professionals from Peru. Enfermería Clínica (English Edition), 32(3), 152–160. https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2022.01.001

Hobfoll, S. E. (2002). Social and psychological resources and adaptation. Review of General Psychology, 6(4), 307–324. https://doi.org/10.1037/1089-2680.6.4.307

Karasek, R. A., Jr. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. Administrative Science Quarterly, 24(2), 285–308. https://doi.org/10.2307/2392498

Lucero Calle, R. C. y Ramírez Coronel, A. A. (2023). Prevalencia del estrés laboral en el personal de enfermería del área de UCI en neonatos y adultos: Revisión bibliográfica. ConcienciaDigital, 6(1.2), 67–78. https://doi.org/10.33262/concienciadigital.v6i1.2.2478

Ramachandran, H. J., Bin Mahmud, M. S., Rajendran, P., Jiang, Y., Cheng, L. y Wang, W. (2023). The effectiveness of mindfulness-based interventions on psychological well-being, burnout

and post-traumatic stress disorder among nurses: A systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Nursing, 32(11–12), 2323–2338. https://doi.org/10.1111/jocn.162651

Ramírez-Elvira, S., Romero-Béjar, J. L., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J. L., Monsalve-Reyes, C., Cañadas-De la Fuente, G. A. y Albendín-García, L. (2021). Prevalence, risk factors and burnout levels in intensive care unit nurses: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(21), Artículo 11432. https://doi.org/10.3390/ijerph182111432

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. Journal of Occupational Health Psychology, 1(1), 27–41. https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.27

World Health Organization. (2022). WHO guidelines on mental health at work. https://iris.who.int/handle/10665/363177

Zurita Avalos, L. A. e Inca Ramos, K. E. (2024). El estrés en profesionales de enfermería en Ecuador: Evaluación del impacto en sus derechos laborales. LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, 5(3), 1756–1766. https://doi.org/10.56712/latam.v5i3.2159